

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARIANA LORENTZ PIRES

**ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA: O QUE SE NOMEIA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL?**

Porto Alegre

2014

MARIANA LORENTZ PIRES

**ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA: O QUE SE NOMEIA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Júlia Marques Lopes

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Lorentz Pires, Mariana

Entre a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o que se nomeia demanda de saúde mental? / Mariana Lorentz Pires. -- 2014.
109 f.

Orientador: Marta Júlia Marques Lopes.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Atenção Básica. 2. Saúde Mental. 3. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 4. Reforma Psiquiátrica. I. Marques Lopes, Marta Júlia, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MARIANA LORENTZ PIRES

**ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA: O QUE SE NOMEIA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Júlia Marques Lopes

Data de Aprovação: ___/___/_____

Assinaturas da banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Marta Júlia Marques Lopes – orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria Gabriela Curubeto Godoy – UFRGS – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider – UFRGS – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Prof^a. Dr^a. Deise Lisboa Riquinho – UFRGS – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Felipe e Ana Maria, que me iniciaram no desejo em estudar e sempre me incentivaram. Aos meus irmãos, Fabiana, Gabriel, Kristopher e Bento Veríssimo que me fazem rir e me ajudam com suas levezas.

Ao Júlio Lopes, que foi paciente com minhas interrogações e soube dividir o “nosso” tempo com os “meus” tempos de escrita, de trabalho e de cansaços. Além de ser cuidadoso e carinhoso em momentos difíceis.

Agradeço muito ao Vagner Santos, à Sara Leon e Matilde, amigos que incentivaram e encorajaram o meu processo de seguir estudando e que me despertaram em tempos de descrenças.

Às colegas de psicologia e amigas, Vera Lúcia Inácio de Souza, Sílvia Reis, Júlia Bongiovanni, Carolina Chassot, Livia Zanchet que sempre estiveram participantes no meu caminho profissional e de amizade.

À orientadora Marta Júlia Marques Lopes, com a qual consegui compor na diversidade de saberes, lembrando a intensidade da saúde coletiva quando mistura diferentes olhares. Agradeço pela leitura atenta aos escritos e por passar tranquilidade em momentos de dificuldades.

Às minhas eternas colegas de trabalho de Igrejinha e amigas, Ana Paula Lazaretti, Patrícia Benites, Luciane Salvador e Mariana Schoeler por me darem suporte e amparo quando precisei e por serem solidárias nos momentos de sustentação do trabalho.

À Paula Manoela Poletto, amiga e “consultora” para problemas de escritas e normalizações.

Aos meus colegas de trabalho Guilherme Torres, Rochele Bristot e Daniela Osório pelas trocas de ideias, calmarias e suporte.

Ao PPGCol que me permitiu espaço para escrever e expor minhas ideias.

RESUMO

O objetivo geral deste estudo foi analisar o que se nomeia demanda de saúde mental na articulação entre ESF e NASF de uma determinada Gerência Distrital da Secretaria de Saúde da cidade de Porto Alegre. A partir disso, pretendeu-se conhecer e compreender a relação entre equipes ESFs e NASF na área da saúde mental, assim como as demandas e as ações construídas na articulação entre os serviços na perspectiva da gestão do trabalho e do cuidado compartilhado em saúde mental. Particularizou-se a escolha pelo estudo da relação entre ESF e NASF, pois verificou-se que tais dispositivos vêm sendo investidos como política pública para a consolidação do cuidado de saúde mental na rede básica. Optou-se em pesquisar duas ESFs que se diferenciavam na sua relação com NASF, uma mais solicitante do apoio do NASF e outra menos solicitante. Para esta pesquisa, foram utilizados os instrumentos da entrevista semiestruturada e diário de campo. Para análise do material, utilizou-se a técnica da Análise de Conteúdo e decidiu-se pela modalidade de Análise Temática. Observou-se que a demanda de saúde mental está sendo aceita no repertório de intervenções das equipes ESFs, entretanto, percebeu-se que a ESF que aciona mais intensamente o NASF é a que se ocupa da saúde mental de uma maneira mais autônoma e se reconhece como gestora do cuidado no território. Além de apresentar-se como uma equipe multiprofissional que tenta trabalhar de forma mais integrada e não hierarquizada. Como potencialidades, o NASF foi indicado como dispositivo que aproxima as especialidades na ESF, além de proporcionar espaço para o exercício da clínica ampliada e a educação permanente como novas tecnologias de cuidado na atenção básica. A articulação com a RAPS e rede intersetorial apareceu nas experiências tanto do NASF quanto da ESF. O NASF, contudo, apresentou-se como ponto articulador para a rede de saúde mental. Quanto as limitações do NASF foram consideradas a falta de recursos materiais e de locomoção até as ESFs referenciadas, provocando uma dificuldade na atenção à saúde mental e prejudicando o trabalho na atenção básica. Portanto, observou-se que o NASF é um dispositivo que tensiona a gestão do cuidado de saúde mental na atenção básica, pois garante retaguarda e “pressiona” a ESF a acolher e acompanhar saúde mental. Esse novo dispositivo, o NASF, mostrou-se potente para o cuidado de saúde mental, reforçando a rede de atenção psicossocial e contribuindo para o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Palavras-chave: Atenção básica. Saúde mental. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Reforma Psiquiátrica.

PIRES, Mariana Lorentz. Entre a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o que se nomeia demanda de saúde mental? Porto Alegre, 2014. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

ABSTRACT

The main objective of this study is the analysis of what is designated as mental health demand, in the articulation between two health service structures of the Health Office in the city of Porto Alegre: Family Health Strategy (ESF) and Family Health Support Committee (NASF). From that objective, the relations between the teams of ESFs and NASFs was scrutinized, in order to better understand their dynamics and their actions, in response to health services management and shared care in mental health. The focus on the relations between ESF and NASF was due to the perception that such apparatus has been receiving investments as a public policy for the consolidation of mental health care in basic health system. Two ESFs were chosen for this research, based on the different relations held with NASF teams: one of them requests NASF support more often than the other. For this study, instruments used were semi structured interviews and field notes. To execute the analysis of the collected material, the approach chosen was Content Analysis, focused on Theme-based Analysis. It was observed that the mental health demand is being well accepted in the repertory of interventions of ESF teams. However, analysis showed that the ESF that requested NASF support more frequently was the one that showed a more autonomous attitude and that took on the position of healthcare manager in the territory where it is located. Beyond that, such ESF has a multi-professional team working in a more integrated and non-hierarchical way. For its potentialities, NASF was indicated as an apparatus to bring specialties closer in ESF, other than providing space for the exercise of amplified clinics and permanent education as new care technologies in basic health attention. The articulation with RAPS and the intersectoral network appeared both in NASF and ESF experience reports. NASF, however, is an articulating point for the mental health network. As to the limitations of NASF, the lack of material resources and transportations means to ESFs of reference were mentioned during field research, and these problems cause encumbrance both in mental health services and in basic services. Therefore, it was observed NASF is an apparatus that tenses the management of mental healthcare in basic health services, as it guarantees and reinforces the admission and accompaniment of mental health cases in the ESF. This new device – NASF – presents itself as a potency in mental healthcare, reinforcing the psychosocial attention network and contributing to the advance of Brazilian Psychiatric Renovation.

Keywords: Basic health services. Mental health. Family Health Support Committee Psychiatric Renovation.

PIRES, Mariana Lorentz. Entre a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o que se nomeia demanda de saúde mental? Porto Alegre, 2014. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 – Modalidades de NASF	19
--------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AGHOS – Administração Geral dos Hospitais
ASSEPLA – Assessoria de Planejamento e Programação
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infância Adolescência
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
EESCA – Equipe Especializada da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia Saúde da Família
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS – Pronto Atendimento ESF2
PET – Programa de Educação Tutorial
PPGCol – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
SAF – Serviço de Atendimento à Família
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VD – Visita domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	DEFININDO O CAMPO DA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA COMO PROBLEMÁTICA DESTE ESTUDO	15
2.1	DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ESF AO NASF.....	15
2.2	SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: o que se nomeia demanda de saúde mental?.....	24
3	MÉTODO	35
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	35
3.2	PARTICIPANTES E GERAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	35
3.3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	37
3.4	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	38
3.5	TRAJETÓRIA E CENÁRIOS DA PESQUISA: mudanças e transição	38
4	NOMEANDO DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL	43
4.1	DEMANDAS DAS ESFS	45
4.1.1	Integralidade: “não é doença só por doença” e “se vai desmanchando o rosário”	46
4.1.2	A ESF é uma Porta de Entrada: acolhe a tudo e a todos	48
4.1.3	A Medicamentação da Saúde Mental – receitas, renovar, manter, controlar.....	52
4.1.4	Do Sofrimento Mental Comum às “Situações de Vida”	54
4.2	DEMANDAS DO NASF	56
4.2.1	Diagnósticos Psiquiátricos, Álcool e Outras Drogas e Violências – um olhar mais específico.....	57
4.2.2	Apoio - para os “Casos mais Complicados”	58
4.2.3	Especialistas de Saúde Mental – (in)coerências.....	60
4.2.4	Encargos – pedidos implícitos na demanda do NASF	64
4.3	NEM DA ESF, NEM DO NASF – de quem?	66
5	EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL ENTRE ESF E NASF 69	
5.1	DISPOSITIVOS E PRÁTICAS.....	69
5.2	O APOIO MATRICIAL	73
5.3	A INTERCONSULTA.....	76
5.4	A REDE DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL (RAPS) E REDE INTERSETORIAL	77
5.5	A EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	80
5.6	A CLÍNICA AMPLIADA.....	81

6	ENTRE ESF E NASF – POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES	85
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA – EQUIPE NASF	100
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA – EQUIPE ESF	101
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	102
	ANEXO – A – Parecer consubstanciado Comitê de Ética da UFRGS	104
	ANEXO – B – Parecer consubstanciado Comitê de Ética da SMSPA	107

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação foi desenvolvida no Mestrado em Saúde Coletiva e tem como Instituição Promotora a Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, através do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol). Esse Programa compreende a saúde coletiva como área de conhecimento que contempla a saúde como fenômeno social e político, integrada à gestão pública setorial e com as instâncias de controle social. O PPGCol também considera que as possibilidades científico-acadêmicas devem aproximar-se e corresponsabilizar-se com o Sistema Único de Saúde (SUS) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Tendo em vista que uma pesquisa se constrói por sucessivas inquietações que potencializam a busca pelo processo de conhecimento, articular o campo prático de trabalho com a produção teórica tornou-se um desafio. Frente a isso, a escolha por esta pesquisa partiu de minhas vivências como trabalhadora do SUS na atenção básica.

Assim, apresento inicialmente o meu percurso de interrogações e discussões que provocaram e construíram a decisão pelo tema desta pesquisa: o que se nomeia demanda de saúde mental na articulação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O interesse em pesquisar o tema saúde mental na atenção básica surgiu a partir do meu trabalho como psicóloga em equipes da ESF no município de Igrejinha. Desenvolvi este trabalho durante o período de 2010 à 2013, inserida nas ESFs, constituindo o que chamávamos, no município, de equipe ampliada em saúde mental. Essa equipe contava com duas psicólogas e uma psiquiatra e configurava-se em uma equipe referência para cinco ESFs e quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Apresento esse percurso de trabalho em Igrejinha até a escolha do tema desta pesquisa porque foi neste contexto que se decidiu por este estudo, formulando a pergunta inicial disparadora: o que define demanda de saúde mental na atenção básica?

A composição de uma equipe ampliada em saúde mental frequentemente foi motivo de questionamento, pois se acreditava que a inserção de uma equipe nomeada de saúde mental na atenção básica poderia produzir uma noção de

especialidades e de atuação focada na assistência. Assim, por mais que a equipe ampliada tensionasse essa noção no cotidiano, trabalhando com enfoque multidisciplinar e fazendo tentativas de corresponsabilização e de apoio matricial dos acompanhamentos, percebia-se que havia grande espaço para que a ideia de responsabilização única das especialidades se apresentasse.

A experiência cotidiana foi provocadora de questionamentos e motivadora para a busca de entendimento das políticas públicas em saúde mental nas ESFs. Inserida nesse campo de trabalho, vivenciei inúmeras dúvidas sobre o papel da saúde mental e senti a necessidade de problematização das demandas nessa área.

Uma outra questão oriunda da minha experiência foi: como trabalhar a saúde mental com a equipe mínima da ESF? Ou seja, como médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde poderiam contribuir para intervenções em saúde mental (campo naturalizado como área psi)? Percebia cotidianamente a resistência da equipe em se apropriar da saúde mental como atribuição da saúde, o que enfraquecia a ideia de atenção integral ao usuário, embora tenha claro que esse entendimento fragmentado do sofrimento entre corpo e mente predomina na visão do modelo tradicional biologicista dos serviços.

Ademais, essa resistência reforçava a separação da saúde em disciplinas, emperrando o trabalho na perspectiva da integralidade, pois os problemas do sofrimento da mente ficavam somente a cargo dos profissionais “psi”.

Ao mesmo tempo, compreendia que a inserção do profissional e/ou equipe de saúde mental na atenção básica permitia a entrada das dimensões psíquicas e sociais na compreensão dos problemas de saúde. Ou seja, o olhar para o usuário e para a comunidade se ampliava para dimensões além da visão biologicista.

Constatava diferentes maneiras de como esse olhar ampliado acontecia na atenção básica. Um exemplo era o do encaminhamento para o especialista “psi”, o qual assimilava o entendimento de que havia um sofrimento não apenas orgânico, mas que só poderia ser escutado e trabalhado por profissional especialista. Outra forma era a discussão de uma situação dita com prioridade, que precisava ser vista com brevidade e que a equipe trazia para discussão coletiva, entretanto, na lógica do encaminhamento para especialista. E, mais raramente, esse entendimento se dava quando o profissional pedia auxílio para seguir o acompanhamento do usuário, entendendo que a saúde mental fazia parte de sua intervenção. Em todas essas situações havia um entendimento das dimensões psíquicas e sociais nas situações

de saúde, mas a maneira de olhar, escutar e acompanhar o usuário se diferenciava. Acredito que isso ocorria, principalmente, pela resistência das equipes em perceberem que saúde mental também fazia parte das ações de saúde na ESF. As equipes ESFs apresentavam dificuldade em compartilhar o acompanhamento dos usuários e em trabalhar com a integralidade do cuidado e de forma interdisciplinar.

Dessa forma percebia-se, na atenção básica, um grande risco em produzir saberes e intervenções fragmentadas com a existência de uma equipe especialista como referência. O desafio, neste caso, era tensionar a saúde mental como parte das intervenções e ações da equipe de saúde e não somente dos profissionais psi.

Constatava que a demanda em saúde mental era grande e muito variada, pois a ESF é considerada porta de entrada do sistema de saúde. O modelo da atenção básica não é a de um serviço “específico para...”, como por exemplo, os CAPS, os Ambulatórios, os Hospitais. Apareciam situações diversas, com diferentes níveis de sofrimento e de intervenções necessárias. As demandas que chegavam à ESF apresentavam-se complexas e extrapolavam a dimensão dos diagnósticos.

A partir da leitura teórica, da discussão e da experiência do trabalho sobre as ações e interlocuções entre saúde mental e atenção básica, encontrei-me com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde, em 2008, com o objetivo de ampliar a resolutividade, a abrangência, a territorialização e a regionalização da ESF no Brasil (BRASIL, 2008).

O meu primeiro contato com o NASF gerou um momento de conflito, pois me desterritorializou e provocou um processo de transformação enquanto trabalhadora, ao mesmo tempo em que gerou a construção dessa problemática de pesquisa.

Rolnick (2006) contribui para a explicação do conceito de desterritorialização quando escreveu sobre o movimento do desejo, no qual as intensidades ganham e perdem sentidos, produzindo mundos e desmanchando outros:

Movimentos de territorialização: intensidades se definindo através de certas matérias de expressão; nascimento de mundos. Movimentos de desterritorialização: territórios perdendo a força de encantamento; mundos que se acabam; partículas de afeto expatriadas, sem forma e sem rumo (ROLNICK, 2006, p.36).

Foi a partir deste processo que a pergunta inicial - o que define demanda de saúde mental na atenção básica? - ampliou-se e apontou para a proposição desta pesquisa: o que se nomeia demanda de saúde mental entre ESF e NASF?

Cabe ressaltar que, quando se questionou a demanda de saúde mental na articulação entre ESF e NASF, abriram-se discussões para além de sua simples caracterização. Ou seja, quando se discutiu o que se estabelecia como saúde mental nesses dois dispositivos e na sua relação, discutiram-se questões sobre gestão do trabalho, cuidado em saúde e sobre a própria política pública construída para tal articulação. Dessa forma, desencadearam-se questionamentos sobre as noções instituídas de saúde mental e como se define sua inserção na atenção nos serviços. Portanto, a discussão provocada entre a atuação de uma equipe ampliada à ESF, caracterizada no meu trabalho em Igrejinha, e o encontro com a política do NASF repercutiu em questões como: por que foi criado um dispositivo nas políticas públicas para apoio à ESF? Quais necessidades embasaram essa criação? Como é o funcionamento entre ESF e NASF? E, principalmente, o que se nomeia demanda de saúde mental entre equipe ESF e NASF?

Este escrito estruturou-se a partir desta introdução, da problematização da pesquisa articulada na dimensão da construção teórica e metodológica. Ao final, articulo tais discussões e questionamentos e provooco novas indagações para pesquisa na interface saúde mental e atenção básica.

Pretendo, com este estudo, contribuir e acrescentar elementos para compreensão, bem como para integração de ações de saúde mental entre ESF e NASF, estratégia prioritária no SUS para reorientação do modelo assistencial. Ademais, pretendo produzir e ampliar o conhecimento sobre NASF, pois se perceberam lacunas teóricas e escassas publicações sobre esse dispositivo. Assim, este estudo demonstra um caráter de ineditismo para o tema pesquisado.

2 DEFININDO O CAMPO DA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA COMO PROBLEMÁTICA DESTE ESTUDO

2.1 DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ESF AO NASF

O Ministério da Saúde define, através da Portaria nº 2488, de 21 de outubro 2011, a atenção básica como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012, p. 13).

Campos et al (2008) assinalam que a atenção básica é considerada um arranjo assistencial importante e fazem uma considerável referência à complexidade da demanda na atenção básica:

Contrário ao que se costuma pensar, há grande complexidade nas intervenções da rede básica. O complexo se define em número de variáveis envolvidas em um dado processo, sendo nesse sentido **necessário intervir na dimensão biológica ou orgânica de riscos e doenças, mas será também necessário encarar os riscos subjetivos e sociais**. Essas dimensões estarão presentes em qualquer trabalho em saúde, no entanto na rede básica atingem expressão maior sendo necessário não somente considerar esses aspectos no momento do diagnóstico, mas também lograr ações que incidam sobre essas três diferentes dimensões. (CAMPOS et al, 2008, p.138, grifo nosso).

Sublinha-se, a partir desta citação, os aspectos subjetivos e sociais que constituem a demanda na atenção básica, o que a configura para além da dimensão biológica e orgânica, caracterizando a complexidade do que se define como serviço nesse campo.

A Portaria nº 2488, de 2011, também explicita que a Política Nacional de Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação (BRASIL, 2012).

Nesse sentido a definição de Saúde da Família compreendida pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde é:

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes Saúde da Família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2013a).

O Ministério da Saúde indica a velocidade de expansão da Saúde da Família no Brasil. Iniciado em 1994, a ESF apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. Observa-se, entretanto, que essa estratégia precisa ser sustentada por um processo de substituição da rede básica de serviços tradicionais e pela capacidade de resultados positivos dos indicadores de saúde e qualidade de vida da população (BRASIL, 2013a).

Assim, a atenção básica vem sendo construída como campo estratégico no cuidado da saúde, principalmente com a consolidação das ESFs. A Estratégia Saúde da Família abre espaço prioritário ao cuidado, o que representa um contato próximo ao usuário, à família e à comunidade. Com isso, a ESF participa não só dos aspectos da doença e do corpo, mas de toda rede de relações sociais, subjetivas, psíquicas, históricas do usuário, família e comunidade.

Olhar para a complexidade das demandas amplia a discussão sobre a ESF. Andrade, Barreto e Bezerra (2012) salientam que o desafio dos debates atuais, em relação à ESF, é discutir a formulação e a consolidação da qualidade das ações e a integração com a rede assistencial do SUS. Afirmam que a ESF já é reconhecida como política instituída e prioritária no sistema assistencial do SUS; a ideia é dar enfoque ao debate sobre as ações, estratégias que estão sendo realizadas nesta área de atuação.

Assim, pesquisar linhas de ação, políticas, serviços voltados e articulados à ESF torna-se relevante, principalmente no que se direciona à complexidade das demandas e intervenções singulares. Nesse contexto, o cuidado da saúde mental apresenta-se importante campo para pesquisa sobre a diversidade das demandas na atenção básica.

Considerando que as ESFs são porta de entrada prioritária do sistema de saúde, Lancetti e Amarante (2012) entendem que os profissionais que operam na atenção básica são convocados a atuar no cuidado de saúde mental e, ainda, são

atores importantes para tal cuidado. A equipe mínima de uma ESF é composta por: enfermeiro, médico de família, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essa equipe deve ser responsável pelo cuidado integral dos usuários de uma comunidade. Esses autores salientam que: “O médico de família e, algumas vezes, o agente comunitário de saúde têm poder vinculador muito maior que um psiquiatra ou um psicólogo. A SF tem poder de inserção no território maior que o Caps” (LANCETTI; AMARANTE, 2012, p.629). Autoras como Imperatori e Lopes (2009) destacam o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elo importante entre as necessidades da população e o que pode ser feito para melhorar as condições de vida. O ACS, segundo as autoras, caracteriza-se pelo vínculo com a comunidade e representa um grande potencial nas dinâmicas das ações nos serviços.

Nesse sentido, fez-se importante ilustrar algumas ações da Saúde da Família para o cuidado de saúde mental, como uma maneira de aproximação das experiências já realizadas e para sustentação argumentativa dessa problemática.

Os autores Arce, Sousa e Lima (2011) citam diversos estudos que afirmam a importância de ações de saúde mental nas práticas das equipes da ESF. Reforçam, a partir desses estudos, que a ESF constitui uma estratégia adequada para trabalhar saúde mental na atenção básica, pois o estabelecimento de vínculo e de continuidade do cuidado pelo território colocam os profissionais em contato direto com questões relacionadas à saúde mental, fazendo com que a equipe esteja preparada para lidar com o sofrimento psíquico. Para esses autores, a ESF funciona como um importante articulador da rede de saúde mental, superando o modelo hospitalocêntrico e centrando o cuidado na família.

Na segunda edição da publicação SaúdeLoucura, número 07, organizado por Lancetti (2000), relatam-se experiências desenvolvidas em diferentes lugares do Brasil: periferia de São Paulo (Projeto Qualis), Camaragibe e Cabo de Santo Agostinho (Pernambuco), Araçuaí e Vale do Jequitinhonha (Minas Gerais), Quixadá (Ceará) e Sobral (Ceará), que demonstram a potência do trabalho entre equipes de saúde mental e da Saúde da Família. Os autores desses relatos são agentes comunitários de saúde, psicólogas, psiquiatras, médicos, entre outros.

O livro citado enfatiza a experiência da saúde mental como apoio e capacitação às equipes ESF, destacando o agente comunitário de saúde como elemento fundamental para as intervenções e acompanhamento das famílias e comunidades. Entende-se que o trabalho entre o campo da saúde mental e Saúde

da Família se faz na ruptura dos paradigmas tradicionais do cuidado (consultas com profissionais especializados). O enfoque é direcionado às equipes itinerantes de saúde mental, ao acompanhamento domiciliar, à criação de um projeto de saúde mental para o grupo familiar e de ações à comunidade, assim como a discussão permanente entre equipe de saúde mental e Saúde da Família (LANCETTI, 2000). Dessa forma, essas experiências demonstram a necessidade de apoio entre saúde mental e Saúde da Família e indicam interfaces entre essas áreas como campo rico de novas práticas de cuidado.

Entretanto, segundo Lancetti e Amarante (2012), a convocação da Saúde da Família para lidar com as questões de saúde mental pode estar a serviço de fins terapêuticos, mas pode se transformar em uma carga insuportável. É de extrema importância a capacitação e o apoio das equipes de saúde mental para esses profissionais (IMPERATORI; LOPES, 2009).

Nesse contexto, inicia-se, pelo Ministério da Saúde, a discussão da inclusão da saúde mental na atenção básica através de oficinas e seminários, ocorridos a partir do ano de 2001, com a integração entre Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Partindo dessas discussões, em 2003, formulou-se o documento Saúde Mental e Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessários, no qual foram propostas diretrizes para a organização das ações de saúde mental na atenção básica (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2008). As diretrizes propostas foram: apoio matricial da saúde mental na atenção básica, formação como estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na atenção básica e inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção básica (BRASIL, 2003).

No entanto, percebeu-se a necessidade de um maior investimento na proposta de ampliação e apoio às ESFs, e, em 2008, o Ministério da Saúde, a partir da Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2008). Em 21 de outubro de 2011, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2488, que institui a nova edição da Política Nacional de Atenção Básica, apresenta oficialmente o NASF junto à atenção básica (ANDRADE et al, 2012). Dessa maneira, marca-se uma mudança de estratégia, de dispositivo para o trabalho de inclusão, entre outras questões, da saúde mental na atenção básica.

Sendo assim, nos últimos anos, desde a edição da primeira portaria, ocorreram vários movimentos para qualificação do trabalho das equipes NASF. Muitos materiais foram publicados, como o Caderno de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF (2010), material da Oficina de Qualificação do NASF com foco na redução de mortalidade infantil (2010), o documento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para os NASFs (Amaq-Nasf), entre outros. Além disso, houve a mudança no parâmetro do número de ESFs vinculadas a cada NASF e a criação da modalidade NASF3, a fim de possibilitar que qualquer município brasileiro pudesse ser contemplado. No quadro abaixo, ilustra-se a caracterização das diferentes modalidades de NASF. (BRASIL, 2014b).

Quadro 1 – Modalidades de NASF

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Horárias Profissionais*
Nasf 1	5 a 9 eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
Nasf 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
Nasf 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013, segundo BRASIL, 2014b.

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

**Equipe Consultório na Rua.

*** Equipe Saúde da Família.

**** Equipe de Atenção Básica.

Tais movimentos mostram um fortalecimento e aperfeiçoamento na implantação do NASF (BRASIL, 2014b), assim como demonstram um processo de investimento e mudança para o cuidado em saúde na ESF.

Em 2014, como material de apoio e oferta de ferramentas para implantação e a qualificação do NASF, o Ministério da Saúde publica o Caderno de Atenção Básica nº 39 – NASF- Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Esse caderno apresenta o NASF como retaguarda especializada para as equipes de atenção básica/ Saúde da Família, com o objetivo de desenvolver trabalho compartilhado e

colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Assim, destacaram-se como principais públicos-alvos as equipes de referência apoiadas e diretamente os usuários do SUS (BRASIL, 2014b). No Caderno de Atenção Básica nº 39, a atuação do NASF enquanto suporte clínico direto ao usuário apresenta-se como importante intervenção, o que parecia mostrar-se incipiente em materiais anteriores de referência ao NASF.

Outro ponto a destacar sobre o Caderno de Atenção Básica nº 39 é a atualização de um NASF mais integrado, sem separações por áreas estratégicas, com investimento nas potencialidades de uma equipe com capacidade para análise e intervenção clínica, sanitária e epidemiológica do território referenciado. (BRASIL, 2014b). Para este estudo, escolheu-se pesquisar o campo saúde mental no NASF, mesmo entendendo que não há separações por áreas dentro dessa equipe, pois todos profissionais atuam de forma integrada e a partir de uma análise do território em que se inserem.

Dessa maneira, o NASF é constituído por uma equipe multiprofissional, composta por diferentes profissionais de diferentes especialidades e profissões. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e equipes de atenção básica, através de critérios de prioridades indicadas pelas necessidades locais e disponibilidade das profissões. As possibilidades de composição do NASF são: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional com formação em arte e educação (arte educador), nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, médico pediatra, médico veterinário, médico psiquiatra, médico geriatra, médico internista, médico do trabalho, médico acupunturista e profissional sanitarista (BRASIL, 2014b).

Os conceitos de núcleo e campo de Campos (2000) são pertinentes para analisar as relações entre as diferentes disciplinas que compõem o NASF. Para esse autor, a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas acontecem mediante a conformação de núcleos e de campos. O núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional, compondo uma certa identidade disciplinar. O campo define um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão busca, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

O autor entende que não há como escapar da institucionalização do saber e das práticas sociais, mas é possível uma organização mais democrática. Dessa

maneira, tanto o núcleo quanto o campo são mutantes e se interinfluenciam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro (CAMPOS, 2000).

Neste contexto, a expectativa é de que o NASF seja um dispositivo inovador que possa potencializar as ações da ESF. O propósito é aumentar a resolutividade da atenção básica, potencializar o trabalho interdisciplinar entre equipe ESF e NASF, melhorar o acesso pela reorganização da demanda e reduzir os serviços secundários e terciários como porta de entrada (SILVA et al, 2012).

A principal tecnologia do NASF é o apoio matricial que atua, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) é referência, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2014a). Assim, essa tecnologia é definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010):

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos (BRASIL, 2010, p.12).

O apoio matricial em saúde mental e o NASF são apontados, por Arce, Sousa e Lima (2011), como estratégias que permitem fortalecimento das competências e habilidades dos profissionais da ESF:

Busca-se, desta forma, habilitar os profissionais a realizarem uma análise concreta da demanda de saúde mental a partir de conhecimentos de cunho epidemiológico, além de torná-los aptos a transformarem o espaço da Unidade Básica de Saúde da Família em espaço privilegiado de cuidado dos transtornos mentais, não se reduzindo à definição de diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção (ARCE; SOUSA; LIMA, 2011, p.556).

Aprofundando a definição de apoio matricial, Campos e Domitti (2007) propõem os conceitos de apoio matricial e equipe de referência. Para estes autores, tais conceitos são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, permitindo a realização da clínica ampliada e a integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões.

A clínica ampliada é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e define-se como:

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2009, p.05).

Sendo assim, a clínica ampliada promove a articulação e a integração das diferentes disciplinas, buscando construir sínteses singulares, a partir do tensionamento dos limites de cada matriz disciplinar. Além disto, busca a participação e autonomia dos usuários na construção de seu projeto terapêutico, além de trabalhar para que as relações aconteçam de forma conjunta, participativa e negociada entre serviços e a comunidade para construção dos processos de saúde. Ou seja, a clínica ampliada incentiva a criação de técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada, tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e de ação intersetorial, como no sentido dos usuários. A ampliação da clínica permite o reconhecimento da complexidade, o que significa o reconhecimento da necessidade de compartilhamento de diagnósticos, problemas e propostas de solução (BRASIL, 2009). Portanto, o apoio matricial introduz a ideia de clínica compartilhada, a partir das relações e trocas dialógicas entre diferentes disciplinas e serviços para construção coletiva dos processos de saúde.

Retornando aos conceitos de Campos e Domitti (2007), os autores esclarecem que a equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário de maneira longitudinal, como preconizado para as equipes de ESF. E o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe responsável pelo caso (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Segundo Campos e Domitti (2007), a articulação entre equipe de referência e apoiadores pode se desenvolver em três planos fundamentais: a) em atendimentos e intervenções conjuntas; b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, quando este pode programar atendimentos ou intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se

descompromete com o caso; ao contrário, rediscute um projeto de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, à família ou à comunidade; c) é possível ainda que o apoio se restrinja à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador e diálogo sobre avaliação do caso.

Esses autores ainda consideram o apoio matricial como instrumento relevante para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados, pois cria oportunidade para que um único especialista integre seu trabalho com o de várias equipes de referência. Ademais, o método de matriciamento permite alterar a lógica predominantemente multidisciplinar do sistema para uma interdisciplinaridade CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Além do apoio matricial, as ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais do NASF são: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, entre outras (BRASIL, 2012).

Para Arce, Sousa e Lima (2011), tais ações devem ser consideradas na perspectiva de Educação Permanente que visa transformar o trabalho, entendendo a saúde como lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. A Educação Permanente confronta a lógica das capacitações pontuais e descontextualizadas. O Ministério da Saúde considera a educação permanente como uma das diretrizes gerais para atuação das Equipes de Saúde na saúde mental, pois é dispositivo fundamental para a organização das ações (BRASIL, 2010).

Assim, a expectativa é de que o NASF seja um dispositivo inovador que possa potencializar as ações da ESF. O propósito é aumentar a resolutividade da atenção básica, potencializar o trabalho interdisciplinar entre equipe ESF e NASF, melhorar o acesso pela reorganização da **demanda** e reduzir os serviços secundários e terciários como porta de entrada (SILVA et al, 2012, grifo nosso). Portanto, constata-se que foi necessária a criação de um dispositivo de apoio à ESF (NASF), que ultrapassou a ideia de investimento de ações de saúde mental na equipe mínima da ESF, que foi iniciada na discussão do Ministério da Saúde em 2003.

Nesse cenário, compreende-se que o NASF atua como suporte e trabalho conjunto à ESF, a partir das **demandas** identificadas por esta equipe. Como disparador para esta pesquisa, destacou-se o conceito de **demandas** como um ponto articulador entre ESF e NASF e que permitiu analisar e discutir a questão: o que se nomeia demanda de saúde mental entre ESF e NASF?

A partir deste questionamento desdobraram-se outras interrogações entre a relação ESF, NASF e saúde mental: que experiências estão sendo desenvolvidas e quais estratégias estão sendo propostas para a demanda? Quais são as suas potencialidades e limitações?

2.2 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: o que se nomeia demanda de saúde mental?

Articulando o campo da saúde mental com a atenção básica, apresentaram-se questionamentos sobre a relação entre as diferentes políticas e sua efetivação no cotidiano dos serviços e na rede de atenção à saúde. Nesse sentido, construiu-se como central nesta problematização o que se nomeia demanda de saúde mental na articulação entre os serviços ESF e NASF.

Para a discussão sobre o termo demanda, foram utilizados alguns autores que estão explicados com mais detalhe no capítulo 4 (Nomeando demandas de saúde mental) desta dissertação. A conjugação desses autores permitiu construir um híbrido de definições conceituais de demanda – como necessidades de saúde modeladas pela oferta que os serviços fazem (CECÍLIO, 2006); como construída pelos diferentes atores e resultado de um processo de negociação sociotécnica (CAMARGO JR, 2010); e demanda produzida pela oferta e carregada de sentidos não manifestos (BAREMBLITT, 2002), entre outras ideias de autores complementares - que se partiu para a análise do material de pesquisa.

Neste cenário, entende-se que a atual política de saúde mental brasileira surgiu com o movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciada no final da década de 80, acompanhando a mudança político-social do país com a abertura democrática. Esse movimento buscou romper com o lugar do doente mental submetido ao modelo asilar, hospitalocêntrico e o constituiu como cidadão com direitos, principalmente o direito de reinserção à sociedade. A Reforma Psiquiátrica pode ser compreendida como um processo social que engloba a mudança dos paradigmas do cuidado de

saúde mental, transformações culturais e a validação jurídico-legal dessas conquistas. A criação de serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e os residenciais terapêuticos, foram e são essenciais para a consolidação desta política (ALVES; GULJOR, 2004).

Avançando no processo de consolidação institucional das políticas de saúde mental, no Brasil, no ano de 2011, o Ministério da Saúde cria a portaria nº 3088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial, conhecida como RAPS, referência importante para a política de saúde mental.

Esta portaria reforça a ideia de uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para acompanhar as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é constituída pelos componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Para esta pesquisa, destacou-se o componente Atenção Básica em Saúde, que tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2014a).

A RAPS tem como objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2014a).

Portanto, observou-se um processo de consolidação de políticas públicas que legitimaram a inserção da saúde mental nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde. Assim, a atenção básica foi evidenciada como pertencente à rede de atenção psicossocial e campo estratégico para a Reforma Psiquiátrica.

Ainda relacionando a interface saúde mental e atenção básica, Nunes, Jucá e Valentim (2007) referem, em sua pesquisa, que, em um grande número de Reformas Psiquiátricas, enfatiza-se a construção da rede de cuidados que

contemple a atenção básica. Há o entendimento de que um grande número de problemas em saúde mental pode ser resolvido nesse nível de assistência, sem a necessidade de recorrer aos especialistas. Os autores relembram que a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos anos de 1970 e 1980, reconheceu a magnitude das questões de saúde mental e admitiu a impossibilidade do cuidado ficar somente com especialistas.

Em relação à saúde mental, o Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica nº 34 - Saúde Mental, descreve situações comuns que aparecem na atenção básica, esclarecendo que são muitas as pessoas que buscam ajuda profissional por causa do sofrimento mental, geralmente com queixa de tristeza/ansiedade (BRASIL, 2013c). Além disto, esse caderno retrata, a partir de diferentes estudos, que as síndromes mais frequentes na atenção básica são a depressiva, a ansiosa e de somatização (queixas físicas sem explicação médica) e explica que, na maioria dos casos, não existem síndromes puras, e sim uma intersecção dessas três síndromes, com episódios e intensidades flutuantes. Assim, pode-se pensar em dimensões de sofrimento mental comum ao invés de considerar cada síndrome como diagnóstico ou categoria em separado (BRASIL, 2013c).

Nesse sentido, surgem elementos para problematizar o que determina os casos referenciados para o campo da saúde mental denominados como sofrimento mental comum. Pode-se considerar tais situações como principais ou únicas demandas para a atenção básica?

Além disto, questiona-se: é necessária uma denominação, um diagnóstico clínico para que se configure em demanda de saúde mental, considerando que a atenção básica, ou melhor, a ESF enfatiza ações de promoção, prevenção, assim como atenção integral ao usuário, família e comunidade, com enfoque interdisciplinar?

Como ampliação deste debate, formulou-se, através do processo de elaboração desta pesquisa, o conceito de “cadeia diagnóstica”. Este termo se refere aos elementos legitimados por algumas práticas profissionais, de cunho predominantemente clínico e que estabelecem definições de classificações, de códigos para situações de saúde, como, por exemplo, um CID (Classificação Internacional de Doenças). O termo dá a ideia de elos, mas também de rigidez, de fechamento e controle, estabelecendo um movimento metonímico de doenças, fazendo com que todas as situações que se apresentam em um serviço de saúde

sejam condicionadas a uma caracterização diagnóstica, síndrômica, definidas, assim, como patologias. Ou seja, a cadeia diagnóstica tem como essência a noção de doença, que se transmuta em diferentes diagnósticos e define-se com o exercício profissional destinado pela busca incessante do melhor diagnóstico, do selo de legitimidade como doente que permitirá que o sistema assim o reconheça e, conseqüentemente, trate-o com o arsenal terapêutico disponível.

Nessa linha de argumentação, também se indica a importância em considerar as situações que se apresentam como indefinidas na lógica de “cadeia diagnóstica”, ou seja, que rompem com a noção de saúde condicionada pela definição de patologias.

Autores como Chammé (2000), Herzlich e Pierret (1991) e Ayres (2007) contribuem para o debate acerca dos modelos instituídos que determinam ações e atitudes de um cuidado especializado e centrado na doença e na elaboração de diagnósticos.

Chammé (2000) desenvolve reflexões sobre a condição do usuário poliqueixoso. O autor entende que discursos, situações e casos que, muitas vezes, não encontram correspondência em uma dimensão diagnóstica e/ou no tratamento e cura previstos pela ciência médica, são, com frequência, caracterizados no que se chama de paciente poliqueixoso. Este é descrito como usuário (proprietário e portador do corpo adoecido) que perambula pelos Serviços Públicos de Saúde atrás de soluções e medidas eficazes para o sucesso de sua saúde e, quando não as alcança, vai se condicionando às regras do Sistema. Sendo assim, sua hipocondria individual soma-se, então, a uma hipocondria institucional que bem caracteriza o Sistema de Saúde, favorecendo seu processo de metamorfose de simples usuário dos serviços públicos de saúde, à condição de poliqueixoso (CHAMMÉ,2000)

Na realidade dos serviços de saúde, percebe-se que os usuários que frequentam cotidianamente o serviço e que não apresentam problemas de saúde correspondentes à ordem biológica e à descrição na cadeia diagnóstica, geralmente são avaliados como pacientes poliqueixosos. São situações que não apresentam a materialização do sofrimento numa típica expressão de doença e de diagnóstico biomédico, mas que, de toda forma, tornam-se doenças, pois se define um diagnóstico informal – o do poliqueixoso - e se encaminha para os especialistas.

Nesse caso, não se questiona a demanda que se apresenta, e tampouco se contesta a intervenção, a escuta realizada pelos profissionais ou o que se oferece

como espaços de cuidado nos serviços de saúde. A certeza é de que o usuário torna-se um doente e a variedade de especialidades vai permitir encaixá-lo num diagnóstico caracterizado, aceito e legitimado no modelo biomédico.

Herzlich e Pierret (1991) trazem para o debate a afirmação e as transformações do personagem doente construído através da evolução histórica das diferentes sociedades. Os autores entendem que a condição de doente e sua identidade provêm do conjunto de sistemas de valores de uma sociedade, do saber que ela desenvolve e das instituições que cria para se ocuparem da doença. Revelam uma continuidade aparente de certas noções e esquemas, e trabalham com a ideia de “doentes de ontem, doentes de hoje” ao se referir a essa permanência.

Aos doentes de hoje (a partir do século XIX), Herzlich e Pierret (1991) associam a concepção de doente-indivíduo. Referem que o desenvolvimento da instituição médica, considerando seus dois aspectos principais – o desenvolvimento científico e a especialização e profissionalização – são alguns dos fatores determinantes da condição do doente de hoje. Assim, todo sofrimento é encaminhado a uma especialidade e tem um nome científico correspondente. O cuidado, nesse caso, constrói-se através de um sistema de valores biológicos, científicos e de responsabilidade do especialista, assim retorna-se à noção de “cadeia diagnóstica” desenvolvida nesta pesquisa, fortalecida pelos elementos reflexivos das autoras.

Também Ayres (2007) reforça o que foi citado acima quando aponta para a colonização da nossa experiência vivida pelas estruturas conceituais das ciências biomédicas, na qual a doença tem ocupado lugar de destaque.

Amarante (2007) contribui para este questionamento, quando argumenta sob a perspectiva da medicalização, como a apropriação por parte da medicina de tudo que não é da ordem exclusivamente ou predominantemente médica. Ou seja, aquilo que é da ordem social, subjetiva e política torna-se uma questão médica. O sentido desse processo de medicalização permite que as pessoas sintam que seus problemas são problemas de saúde e não próprios da vida humana. Como consequência desse processo, o autor acrescenta e denomina a medicamentação ou farmacologização, definindo esses processos como a utilização de medicação para responder à situação entendida como patológica. Entretanto, Ayres (2007)

contextualiza que, atualmente no Brasil, vive-se um processo de crítica desta posição centrada na doença, procurando-se mais um olhar para o doente.

O autor Ayres (2007), apresenta novas discussões e salienta como tese central a reflexão sobre a noção de saúde. Defende que os conceitos de saúde e doença não são polares, antagônicos, como entendidos no senso comum. Ambos são discursos e práticas atribuídas a diferentes racionalidades, ou seja, não falam da mesma coisa, e não falam do mesmo modo. Compreende que deve existir uma aproximação entre saúde e doença ao modo de uma hermenêutica, ou seja, é importante entender o processo interpretativo-compreensivo que esclareça os significados de adoecer para sujeitos e contextos de intersubjetividades (AYRES, 2007).

Assim, o termo doença, na linguagem ordinária, se constitui numa área de discursividade causal-controlista dos discursos biomédicos e de interesse da racionalidade instrumental, na qual a doença torna-se um elemento objetivo, um objeto. Caracteriza-se pelo ideal de previsibilidade, materialidade e controle. No paradigma biomédico, entretanto, há o discurso sobre saúde, mas sempre associado ao raciocínio causal-controlista, reforçando o que se definiu, neste estudo, como cadeia diagnóstica. Assim, outras elaborações são afastadas (como as noções subjetivas de afetos, sentimentos e desejos) ou são alinhadas a este raciocínio, deslegitimando construções discursivas relacionadas às experiências vividas de saúde e de doença (AYRES, 2007). Associa-se a essa ideia a caracterização constitutiva de pacientes poliqueixosos citada por Chammé (2000), ou seja, neste caso, há uma distorção e/ou negação do discurso que não se encaixa no padrão biomédico.

Luz (2005) acrescenta elementos a este debate quando defende a coexistência de mais de uma racionalidade médica na cultura atual. A autora conceitua diferentes sistemas médicos complexos (medicina ocidental contemporânea, medicina homeopática, medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica) com diferentes racionalidades. Ao mesmo tempo, segundo a autora, há uma estruturação comum aos diferentes sistemas médicos, todos se fundamentam em cinco dimensões básicas: uma morfologia humana (anatomia), uma dinâmica vital humana (fisiologia), uma doutrina médica (corpus teórico que define o que é processo saúde-doença), um sistema de diagnose (pelo qual se determina se há ou não doença, sua natureza, evolução, origem e causa) e um sistema terapêutico

(intervenção para cada doença identificada pela diagnose). Entretanto, há uma naturalização, no senso comum, da medicina ocidental moderna, como portadora dos saberes/práticas eficazes para o cuidado em saúde. Tal racionalidade médica centra-se epistemologicamente na diagnose das patologias, com procedimentos focados em medicamentos, cirurgias, exames, produzindo a quase inviabilidade da terapêutica (LUZ, 2005).

Retornando ao conceito de saúde, Ayres (2007) refere uma ruptura paradigmática que não trata de negar, mas de superar os modelos médicos tradicionais. A noção de saúde remete a outra esfera de racionalidade, a da razão prática, que está na ordem da transformação, do devir, da reconstrução do sentido das experiências. Ayres (2007) explica que a experiência da saúde envolve a construção compartilhada de idéias de bem-viver e de um modo de buscar realizá-las na vida em comum; trata-se de configurar sujeitos/intersubjetividades.

No entanto, ao se referir à saúde, a ideia de objeto e da instrumentalidade coexistem, mas se produzem com o encontro entre os sujeitos que buscam soluções para os processos de adoecimentos através de trocas dialógicas. Ayres (2007) aventura-se em definir saúde como:

“A busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade” (AYRES, 2007, pág.60).

Há algum tempo e nessa dimensão de argumentação, Dejours (1986) compreende que a saúde das pessoas é um assunto ligado a elas e que não há como substituir os atores de saúde por elementos exteriores. O autor critica a definição internacional que compreende a saúde como completo estado de bem-estar e conforto, pois defende que não existe esse ideal de estabilidade. Assim, a saúde é uma sucessão de compromissos com a realidade, é a capacidade de encontrar meios de traçar um caminho pessoal e original em direção ao bem-estar físico, mental e social, considerando a noção de mutabilidade da realidade. A saúde, então, é possibilitar o encontro com estes meios (DEJOURS, 1986).

Retomando, então, as diferentes racionalidades em saúde-doença, articuladas com os elementos de Ayres (2007) e Dejours (1986), Luz (2005) ajuda-nos a pensar a partir da constatação da dualidade entre racionalidades médicas e

práticas terapêuticas. Estas últimas se referem a outras racionalidades de saúde, nas quais elementos ligados à subjetividade do paciente, como sentimentos diante do adoecimento, isolamento, dor, sintomas irrelevantes por não apresentarem registros objetivos, são considerados no tratamento.

Essas práticas vêm sendo procuradas pela população, que as acessa diante não só do adoecimento objetivo, mas de situações de estresse, isolamento e sofrimento psíquico, que provocam contextos de vulnerabilidade e de desamparo. As práticas terapêuticas introduzem significados e valores diante do sofrimento e do adoecimento, bem como do processo de tratamento e cura, diferente dos dominantes (biomédico) (LUZ, 2005).

A partir desta compreensão, pode-se afirmar que, tanto o campo da Saúde da Família quanto da saúde mental, são importantes para a quebra da lógica do cuidado exclusiva da ordem biológica e de especialidades, buscando atuar no processo de desmedicalização da vida. Ambos têm como fundamento o trabalho multidisciplinar/interdisciplinar, com enfoque na integralidade do cuidado, que consideram aspectos sociais, subjetivos e culturais como determinantes de saúde.

O conceito de integralidade é considerado um dos princípios do SUS. Vasconcelos e Pasche (2012) definem a integralidade como um conceito que considera as várias dimensões do processo saúde-doença e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços que garantam a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e coletividades.

Nesse sentido, Alves (2005) refere que, dentre os princípios e diretrizes do SUS, o da integralidade é o que confronta incisivamente as racionalidades hegemônicas, como o reducionismo e práticas fragmentadas, enfoque na doença e na intervenção curativa e objetivação do sujeito. Diz o autor que o olhar do profissional deve ser abrangente ao sujeito biopsicossocial. Além disto, considera que a ESF rompe com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, e destaca que a compreensão ampliada do processo saúde-doença e a assistência integral e continuada às famílias de um território são inovações da ESF.

Articulando as práticas ao tema da saúde mental, Amarante (2007) entende que a saúde mental é um campo de conhecimento e de atuação na saúde complexo, plural, intersetorial e com transversalidade de saberes:

Saúde Mental não é apenas psicopatologia, semiologia... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais... Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental estão, além da psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise (ou as psicanálises, pois são tantas!), a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a sociologia, a história, a geografia (esta última nos forneceu, por exemplo, o conceito de território, de fundamental importância para as políticas públicas). Mas, se estamos falando em história, em sujeitos, em sociedade, em culturas, não seria equivocado excluir as manifestações religiosas, ideológicas, éticas e morais das comunidades e povos que estamos lidando? (AMARANTE, 2007, p.16).

Esses dois campos parecem ter forte influência para a atenção integral à saúde e para a desconstrução da ideia do ser doente como objeto de cuidado, conectando-se à noção de saúde defendida por Ayres (2007).

Nessa linha de discussão, com a presença de novos paradigmas para o cuidado de saúde mental, baseadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, os conceitos de território, comunidade, relações, afetos, produção de vida e de cidadania tornam-se essenciais. A proposta da atenção básica, que tem como dispositivo central de investimento a Estratégia de Saúde da Família (ESF), se aproxima aos conceitos desses novos paradigmas. As ESFs são serviços encaixados nos bairros que valorizam a aproximação com o território, o trabalho em equipe multidisciplinar/interdisciplinar e o acompanhamento longitudinal, representando um cuidado próximo à vida das pessoas, da comunidade, reconhecendo a importância da realidade social e cultural (LANCETTI; AMARANTE, 2012).

Destaca-se que, nesse contexto, o conceito de território não significa apenas uma área geográfica, o Ministério da Saúde (2004) define que:

[...] o território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco, etc). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. (BRASIL, 2004, p. 11).

De acordo com as autoras Pires, Simoni e Vianna (2009), entende-se que a caracterização do território vai além de um espaço geográfico, ou de um espaço limitado às redes objetivas de serviços, pois há construção de subjetividade a partir da configuração de território. Ou seja, o sujeito estabelece relações de pertença, de trabalho, de trocas sociais, de vida através do território construído.

Além disso, as autoras discutem que para a construção de território é imprescindível que se considere a singularidade, pois só há território quando há um sujeito que engata algo de sua singularidade no espaço coletivo. Do contrário, há circulação pelos espaços, mas não há constituição de território.

Assim, nesse cenário conceitual e reflexivo, o que se define como demanda quando se considera a dimensão da experiência de vida, da relação de afeto, da troca dialógica entre sujeitos, do território, e não só das patologias e dos diagnósticos? A demanda de saúde mental na atenção básica pode se limitar à classificação de sofrimento mental comum, considerando que esta denominação restringiria o campo da demanda de saúde mental à lógica da “cadeia diagnóstica” ?

Considerando a problematização complexa construída na perspectiva biocentrada, nas racionalidades hegemônicas e em elementos (des)construtores dessas lógicas, formulamos a síntese de nossa busca que se delimita nas demandas de saúde mental na atenção básica, onde se particularizou a relação entre ESF e NASF, pois entendeu-se que esses dispositivos vêm sendo reconhecidos como estratégicos no cuidado da saúde mental na atenção básica.

Sendo assim, retorna-se à questão central: **o que se nomeia demanda de saúde mental entre ESF e NASF?**

O **objetivo geral** deste estudo, portanto, foi analisar as demandas de saúde mental na articulação entre ESF e NASF de uma determinada Gerência Distrital da Secretaria de Saúde da cidade de Porto Alegre. A partir disso, pretendeu-se conhecer e compreender a relação entre equipes ESF e NASF na área da saúde mental, assim como as demandas e as ações construídas na articulação entre os serviços, na perspectiva da gestão do trabalho e cuidado compartilhado em saúde mental.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa caracterizou-se pela abordagem qualitativa que permitiu trabalhar a singularidade das questões, a partir da compreensão do universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e atitudes estabelecidos pelos participantes do estudo (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Minayo (2008) destaca que as abordagens qualitativas se integram melhor às investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, às histórias sociais sob o olhar dos atores e às relações e análise de discursos e documentos. Assim,

Esse tipo de método [qualitativo] que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2008, p.57).

Inserido no método qualitativo, decidiu-se pelo tipo de abordagem do Estudo de Caso Múltiplo. Os objetivos do Estudo de Caso, citados por Minayo (2008), justificaram a sua escolha para esta pesquisa, tais como:

[...] (a) compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de um grupo específico; (b) permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais; (c) esclarecer os fatos que interferem em determinados processos; (d) apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes e até possibilitar comparações, quando no projeto, no decurso do trabalho de campo e nas análises o investigador trabalhar com tipificações (MINAYO, 2008, p.164).

Entendeu-se, dessa maneira, que esse método possibilitou um olhar mais detalhado e próximo para compreensão da dinâmica entre as equipes, permitindo uma melhor descrição das relações entre ESF e NASF.

3.2 PARTICIPANTES E GERAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Para compreensão da questão central de pesquisa, escolheu-se estudar uma equipe NASF e duas ESFs. Entrevistou-se a equipe completa do NASF com os seguintes profissionais: 01 psiquiatra, 01 nutricionista, 01 assistente social, 02

fisioterapeutas, 01 ginecologista. Nas ESFs, escolheu-se um representante de cada categoria profissional. Assim, foram 04 entrevistas em cada ESF, com os profissionais: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e ACS. No total, foram realizadas 14 entrevistas.

Pelas questões de sigilo das equipes entrevistadas, escolheu-se apresentá-las como: ESF1: ESF mais solicitante do apoio do NASF, ESF2: ESF menos solicitante do apoio do NASF, NASF: equipe NASF.

Fez-se importante caracterizar as equipes estudadas. Assim, a ESF1 foi inaugurada em 2002 e, no ano de 2008, tinha 3.839 pessoas cadastradas. Essa ESF teve como particularidade duas equipes saúde da família trabalhando no mesmo local, havia um médico vindo de outro país, mas não foi quem participou da entrevista. A ESF2 foi inaugurada em 2006 e, no ano de 2008, existiam 3.724 pessoas cadastradas, também havia um médico natural de outro país e foi quem participou da entrevista. Em relação ao território, percebeu-se, pelo menos no entorno das ESFs nos dias das entrevistas, que a ESF1 parecia estar numa região com menos vulnerabilidades sociais comparada à ESF2. O NASF foi habilitado em 2013, dessa maneira apresentando a equipe completa, os profissionais apresentavam vínculo estatutário com a prefeitura de Porto Alegre e o local sede da equipe encontrava-se em um Centro de Saúde com diferentes serviços referência para o território. Mesmo com a apresentação pontual das equipes, houve necessidade de mais detalhamento para esta caracterização.

Justificou-se a escolha das equipes ESFs e NASF pelo entendimento de que o trabalho do NASF acontece sempre em relação à ESF. Como já foi discutido neste estudo, o NASF atua como suporte e apoio à ESF, a partir de demandas identificadas por essa equipe. Logo, considera-se importante a compreensão dessas duas categorias de sujeitos definidas pela vinculação sociotécnica sobre o que se nomeia demanda de saúde mental. A ideia foi compreender e analisar quais significados circulavam nessas duas equipes sobre a demanda de saúde mental na atenção básica e que desencadeiam os processos responsivos no campo dos cuidados na atenção básica.

Para esta pesquisa, foram utilizados os instrumentos da entrevista semiestruturada e o diário de campo.

A entrevista semiestruturada permitiu que os entrevistados falassem livremente sobre os assuntos que se desdobraram a partir das perguntas

estruturadas pelo pesquisador (APÊNDICE A e APÊNDICE B). Esse instrumento permitiu a reflexão do pesquisado e sua realidade vivenciada. Assim, através das entrevistas, foram manifestadas ideias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, condutas, projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, com a autorização dos pesquisados através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE C). Após as transcrições, foi realizada a leitura flutuante do material para construção dos temas.

Outro instrumento utilizado foi o diário de campo. As idas a campo foram relatadas e serviram como material de observação, interrogação e de análise. Os autores Roese et al (2006) consideram que o diário de campo é, ao mesmo tempo, uma ferramenta de coleta de dados e de análise de pesquisa, mostrando-se como potencialidade interrogativa e interpretativa do que é observado pelo pesquisador.

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Para análise do material foi escolhida a técnica de Análise de Conteúdo. Bardin (1979) define esta técnica como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p.42).

Segundo Minayo (2008), a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos, documentos, para o alcance de um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material, enfatizando o processo de inferência para esta abordagem.

Inserida nesta metodologia, optou-se pela modalidade de Análise Temática (MINAYO, 2008), que delineou temas que evidenciaram núcleos de sentido com estrutura de relevância, valores de referência e comportamento presentes ou implícitos. O software QRSNvivo versão 8 auxiliou na organização e criação das temáticas para análise.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Tratando-se de pesquisa com seres humanos, foram consideradas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013b). Para a participação dos sujeitos foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE C). Conforme a Resolução 466/2012, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. Para esta pesquisa, um possível risco poderia ser o desconforto dos profissionais ao terem seu trabalho observado; no entanto, não houve manifestação nesse sentido.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem e foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Porto Alegre (Número do Parecer: 707.683) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (Número do Parecer: 675.857), ambos com registro na Plataforma Brasil.

3.5 TRAJETÓRIA E CENÁRIOS DA PESQUISA: mudanças e transição

Com a intenção de detalhar a experiência de pesquisa e trazer elementos de sua dinamicidade, elaborou-se o escrito sobre trajetórias e cenários.

A escolha pelas equipes NASF e ESFs de uma região da cidade de Porto Alegre se deu em razão desses serviços se localizarem no território docente-assistencial da UFRGS e Secretaria Municipal de Saúde configurando, assim, campo aberto à pesquisa.

A partir de um contato realizado com Assessoria de Planejamento e Programação (ASSEPLA) da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, foi indicada como possibilidade de campo empírico determinada Gerência Distrital, que, por sua vez, recomendou a equipe NASF.

A primeira aproximação com a equipe NASF se deu a partir de um encontro para apresentação e esclarecimento da proposta de pesquisa. Essa equipe constituiu-se de: 01 psiquiatra, 01 nutricionista, 01 assistente social, 02 fisioterapeutas, 01 ginecologista. A equipe, no primeiro momento, mostrou-se receptiva à proposta, mas com alguns questionamentos sobre quanto tempo teriam que dedicar para a pesquisa, se teriam que me acompanhar ou orientar no campo.

No decorrer da pesquisa, algumas dificuldades se apresentaram. Após a submissão e aceite pelo Comitê de Ética da UFRGS, fui informada pela equipe NASF de que deveria submeter o projeto ao Comitê de Ética da Prefeitura de Porto Alegre. Tal informação foi dada no momento em que estava preparada para iniciar as entrevistas. Essa comunicação tardia prejudicou o processo de pesquisa empírica, atrasando a entrada no campo a ser estudado.

Outra situação que interferiu no processo de pesquisa foi a substituição da legislação sobre NASF e a adequação da equipe NASF pesquisada a essa mudança.

A portaria nº 154 de 2008, que definia inicialmente duas modalidades de NASF - NASF1, que seria referência para no mínimo 08 (oito) Equipes de Saúde da Família, e, no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família, e NASF2, vinculado a, no mínimo, 3 (três) Equipes de Saúde da Família - foi substituída.

Em dezembro de 2012, instituiu-se a Portaria nº 3.124 (BRASIL, 2012) que redefiniu e adequou as diretrizes e normas nacionais ao atual funcionamento e organização dos NASFs. Redefiniram-se os parâmetros de vinculação NASF Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas e criou-se a Modalidade NASF 3.

Atualmente, a partir desta última portaria, conforme exemplificado no quadro 1 o NASF1 está vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); cada NASF 2 está vinculado a, no mínimo, 3 (três) e no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); e o NASF 3 está vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

O NASF pesquisado passou por essa remodelação quando estava organizando-me para iniciar as entrevistas, sendo redefinidas 09 ESFs como referência. Assim, a escolha dessas 09 ESFs se deu a partir da procura frequente pelo NASF. A ideia inicial do projeto para escolha de duas ESFs, uma que procurava o NASF com regularidade e outra que dificilmente acionava o NASF, modificou-se.

De toda maneira, seguiu-se com a opção de pesquisar duas ESFs que se diferenciavam na sua relação com NASF, pois ainda havia diferentes características

de demandas e singularidades das equipes ESFs de referência. Esse processo também provocou atraso na pesquisa, principalmente para a escolha das ESFs a serem pesquisadas, pois essa remodelação aconteceu no momento de entrada no campo.

Após essas dificuldades, que atrasaram a ida a campo, mas que também se configuraram em objeto de análise, dado que ilustraram o momento de reformulação da legislação do NASF e seu processo de adequação pelas equipes, conseguiu-se marcar as entrevistas.

Devido ao atraso da ida ao campo e, conseqüentemente, a diminuição do tempo para a entrega da dissertação, a pesquisa empírica limitou-se às entrevistas e observações do diário de campo. O acompanhamento de equipes e análises de documentos, como prontuários, tornou-se inviável. No entanto, entendeu-se que o material gerado correspondeu às expectativas permitindo o alcance dos objetivos de pesquisa.

Considerou-se interessante inserir trechos do diário de campo, como uma maneira de aproximar o leitor à vivência e às impressões da pesquisadora nos cenário de pesquisa. Assim começo:

Dias 09/07/14 e 10/ 07/14

“Estaciono o carro, um pouco insegura pelo local estacionado, quase no meio da rua. Um cara me observa da esquina e dá uma olhada para dentro do meu carro. Ao lado do carro, uma horta dentro do pátio da ESF, construída artesanalmente, com uma mesa que convida a sentar embaixo das árvores. Entro na ESF e aguardo a enfermeira com quem havia marcado por telefone. Não havia pacientes. Muitos cartazes e um mural com bonecos de pano fixados neles. A enfermeira me recebe de forma simpática e leva-me até sua sala para as entrevistas. Um a um, vou entrevistando. Menos o médico, pois não se encontrava na ESF. Marco retorno para o outro dia. No outro dia, entro para sala do médico e o entrevisto. Sinto dificuldade para entendê-lo, o sotaque espanhol dificulta para a transcrição. Ao final, despeço-me da enfermeira e agradeço pela recepção. Penso, ao final, preciso voltar para dar devolução para a equipe!”

Dias 10/07/14 e 11/07/14

“A profissional da Primeira ESF me guia até à próxima ESF a ser entrevistada. Nesta ESF, tive que participar da reunião de equipe e apresentar-me. Antes da reunião, fico na sala onde a maioria da equipe se encontra. Muitas discussões sobre saúde mental. Muitas pessoas, vários estudantes. Não sabiam como funcionava o CAPS do território. Uma profissional diz que ali eu veria o que funciona em saúde mental. Participo da reunião, a equipe aceita a pesquisa e prontamente se organiza para participar. Retorno no outro dia para as entrevistas.guardo na sala de espera, alguns pacientes aguardam também, vários cartazes informativos de propagandas de saúde e de atividades da ESF propostas para comunidade. Destaque ao cartaz com atividades de saúde mental na ESF. Ao fundo, escuta-se música na sala de espera e não de uma televisão como normalmente acontece. Achei legal essa ideia, senti-me bem acolhida, como se a equipe tivesse pensado na pessoa que espera. Chamaram-me e fui até à cozinha, local das entrevistas, já que não havia salas disponíveis. Serviram-me café. A equipe respeitou esse espaço de entrevista durante toda tarde, mesmo eu estando na cozinha, lugar comum da equipe.”

Dias 15/07/14 e 22/07/14

“Chego antes do horário e aguardo a equipe. Talvez o medo de novamente não conseguir entrevistar os profissionais do NASF, parecia que isso não ia acontecer, tantas dificuldades para chegar até as entrevistas, tantas idas naquela sala sem um retorno animador para a pesquisa. Os profissionais que chegam primeiro são entrevistados, organizam-se a partir de seus cronogramas de atividades daquele dia. Vou para uma sala e ali permaneço até finalizar todas as entrevistas, menos a da ginecologista, que tinha outro horário de trabalho. Sinto um pouco de desconfiança, de responsabilidade em ter que mostrar no escrito os benefícios do NASF e as limitações de recursos. Ao mesmo tempo, parece que preciso contar o que escutei das entrevistas das ESFs sobre o que acham do NASF, principalmente para a psiquiatra. Mas me contenho e deixo a equipe falar. Retorno outro dia para entrevistar a ginecologista, com uma sensação que não iria acontecer. Cada vez que entrava no serviço, parecia que retornaria sem material de pesquisa, de tão grande que foi a dificuldade em chegar na equipe. Dificuldade que restringiu o campo de pesquisa às entrevistas. Não foi à toa que, no primeiro contato, a equipe estava preocupada se teriam que dedicar mais tempo a mim, além das entrevistas. Na sala da equipe, vários cartazes e pôsteres de apresentações, a relação das duplas

referências para cada ESF e as portarias do NASF estampavam-se nas paredes. A equipe foi simpática às entrevistas.”

4 NOMEANDO DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL

É necessário destacar que o termo demanda foi central para esta pesquisa. Alguns autores foram essenciais para transversalizar a análise e a discussão do que se define *a priori* como demanda. Em razão disso, optou-se por inserir algumas demarcações nesta introdução aos resultados.

O autor Cecílio (2006) traz uma reflexão entrelaçando as noções de necessidades de saúde e demanda. Considera a escuta das necessidades como essencial para o cuidado das pessoas e adota uma taxonomia de necessidades de saúde. Por mais que a considere normativa, entende que permite um caráter descritivo e operacional. Essa taxonomia é organizada em quatro grandes conjuntos. O primeiro tem a ver com o reconhecimento das boas condições de vida, ou seja, a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde. O outro conjunto de necessidades é o de ter acesso e de poder consumir toda a tecnologia necessária para melhorar e prolongar a vida. Um terceiro aspecto é a criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe ou profissional de saúde. E o último conjunto de necessidades se refere à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida (CECÍLIO, 2006).

Este autor entende que, no encontro entre equipe e usuário, deve prevalecer o compromisso da escuta das necessidades de saúde trazidas pelas pessoas que procuram o serviço. Tais necessidades são apresentadas ou travestidas em alguma(s) demanda(s) específica(s), que, por sua vez, condicionam-se ao cardápio de cuidados ou serviços ofertados.

Assim, a demanda é o pedido explícito, a tradução de necessidades mais complexas do usuário. O autor esclarece:

Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras (CECÍLIO, 2006, p.118).

Já o autor Camargo Jr (2010) desconstrói a noção simplificadora de que o aparecimento de problemas de saúde é que constituiria a demanda por serviços de saúde, dando a entender, num ajuste ideal, que a esse setor caberia identificar e responder a essa demanda, identificando prioridades e destinando recursos de acordo com as mesmas.

O autor parte da premissa de que tais problemas de saúde não são objetos dados, que se oferecem passivamente à observação. Assim, compreende a produção da demanda como resultado de um processo de negociação entre vários atores, cujos resultados são provisórios e instáveis ao longo do tempo. A discussão do que é definido e identificado em cada instância como problema de saúde e as concepções sobre as soluções correspondentes devem ser esclarecidas para os diferentes atores (dando um caráter de construção social e política à produção da demanda). Assim, ao invés de objetos dados, preexistentes, enfatiza-se o processo de construção dos mesmos. O autor explica:

[...] não há, a priori, a distinção entre demanda real e falsa ou fabricada ; a partir do momento em que se enuncia aos serviços de saúde um pedido de intervenção, está estabelecida uma demanda. Se de fato, esta se mostrará, ao longo do processo de negociação sócio-técnica, como um tipo de evento redutível ao repertório de intervenções tidas como eficazes, só se poderá dizer uma vez que o processo de atendimento tenha sido desencadeado, o que enfatiza a necessidade de acolhimento das demandas como característica fundante dos serviços de saúde (CAMARGO JR, 2010, p.101).

Outro autor que contribuiu para a compreensão de demanda foi Barembliitt (2002), que, apesar de não estar no projeto inicial, agregou-se a estas análises pela pertinência. Inserido no movimento de Análise Institucional, esse autor define dois termos que optamos por destacar para esta pesquisa: demanda e encargo.

O autor considera a ideia de que a demanda não é espontânea, sendo produzida pela oferta. Ou seja, quem demanda, demanda alguma coisa que lhe fizeram acreditar que não tem e que o outro tem. Assim, a análise da demanda deve estar articulada com a forma que foi produzida, ou seja, com a oferta. Já o encargo é um pedido que alude aos sentidos não explícitos, não-manifestos, dissimulados, ignorados ou reprimidos e que contém uma demanda.

Barembliitt (2002) acrescenta que a demanda é a solicitação formal, consciente, deliberada, que nunca coincide com o encargo. Em outras palavras, as pessoas solicitam alguma coisa, mas o que elas querem é outra. O encargo deve ser decifrado a partir da demanda.

Foi a partir desse híbrido de definições conceituais de demanda – como necessidades de saúde modeladas pela oferta que os serviços fazem (CECÍLIO, 2006); como construída pelos diferentes atores e resultado de um processo de negociação sócio-técnica (CAMARGO JR, 2010); e demanda produzida pela oferta e

carregada de sentidos não manifestos (BAREMBLITT, 2002), entre outras ideias de autores complementares - que se partiu para a análise do material de pesquisa.

O referencial de demanda do autor Camargo Jr. (2010), de que um pedido de intervenção é suficiente para estabelecer uma demanda, mas que essa só será definida assim após negociação sociotécnica entre os diferentes atores, mostrou-se essencial para analisar o que se constitui como demanda de saúde mental entre ESF e NASF como resultado de negociação entre esses dois dispositivos.

Numa primeira etapa, identificou-se a demanda de saúde mental definida e aceita no repertório de intervenções da ESF. Em conjunto com essas definições, foi identificado o papel do NASF na legitimação das demandas da ESF, considerando os processos de negociação. Da mesma forma, buscou-se nomear a demanda, segundo Cecílio (2006), como a oferta do serviço para as necessidades de saúde.

Em uma segunda etapa, observou-se a definição de demanda de saúde mental que é referenciada ao NASF e aceita por este serviço no processo de negociação com a ESF. Também se buscou nomear as ofertas que o NASF estabelece para as necessidades de saúde. Mas, principalmente, em relação às definições de demanda nomeadas pelo NASF, os conceitos de demanda e encargo foram essenciais para as análises das articulações entre os serviços.

Destaca-se que essa divisão em etapas, particularizando as equipes, deu-se no sentido de sistematizar com maior clareza o material pesquisado, já que o processo de demanda, entendido nesta pesquisa, acontece em uma troca, em uma negociação entre os diferentes serviços, e possui um caráter de provisoriedade e instabilidade. Ademais, enfatiza-se o caráter híbrido das definições de demanda que complementarizam-se para análise do material.

4.1 DEMANDAS DAS ESFS

As temáticas definidas como demandas de saúde mental das ESFs, partiram de uma primeira análise considerando as definições do autor Camargo Jr (2010). Assim, o que foi eleito pelos profissionais da ESF como demanda de saúde mental foi considerado como resultado do processo de negociação entre ESF e NASF.

Além disso, acrescentou-se a ideia da oferta que os serviços apresentam para as necessidades de saúde dos usuários (CECÍLIO, 2006), exemplificadas por consultas médicas, consumo de medicamentos e exames. No entanto, observou-se

que os profissionais das ESFs não se limitaram somente ao que o serviço oferece como cuidado: as equipes mostraram-se flexíveis e atentas às necessidades de saúde.

Dessa maneira, partiu-se para, a partir do vivido pelos profissionais das equipes, avançar na articulação das análises para além do que foi estabelecido pela literatura.

4.1.1 Integralidade: “não é doença só por doença” e “se vai desmanchando o rosário”

Uma das nomações de saúde mental que se identificou foi a noção de que saúde mental é quem não tem doença orgânica, apesar de não ser uma ideia recorrente nas falas dos profissionais, demonstrando, assim, que essa noção não é predominante nos serviços. Tal constatação indicou a ideia de separação mente-corpo, numa lógica biomédica, reducionista e fragmentada do entendimento de sujeito, como se existisse uma separação e uma escolha única entre diagnóstico físico ou diagnóstico mental do sujeito.

Um paciente de saúde mental seria alguém que geralmente não tem uma doença orgânica, física. É um paciente que pode ter um transtorno e que vai ser avaliado na consulta. Por exemplo, os transtornos de humor, transtorno psicótico, depende do sintoma do paciente (ESF2).¹

Observou-se, ao mesmo tempo, a ideia de que uma doença orgânica pode ser emocional, ou seja, o aspecto físico relaciona-se com o emocional, não apresentando separação entre essas dimensões, caracterizando um olhar que admite outras dimensões dos adoecimentos.

Alves (2005) refere que, dentre os princípios e diretrizes do SUS, o da integralidade é o que confronta incisivamente as racionalidades hegemônicas, como o reducionismo e práticas fragmentadas, enfoque na doença e na intervenção curativa e objetivação do sujeito. Diz o autor que o olhar do profissional deve ser abrangente ao sujeito biopsicossocial. Nesse sentido, percebeu-se que, muitas vezes, uma dor física foi compreendida pelos profissionais da ESF para além de sua queixa específica.

¹ A grafia utilizada para reproduzir os depoimentos segue a fala coloquial dos entrevistados.

Às vezes quando vem não é doença só por doença, às vezes é até emocional aquilo que está sentindo, está com taquicardia e outras situações, frequência e talvez mesmo a gente sente (ESF2).

Às vezes, a pessoa vem com um problema e tu começa a conversar e vai desmanchando aquele rosário, no fim, a dor que ela estava no estômago era porque ela estava apanhando do marido em casa e ela veio aqui com uma queixa, para tu conversar (ESF1).

A pessoa vem todo dia, cada dia com uma dor e quando tu vai relatar para a médica tu já olha, eu acho que é um caso de saúde mental, não é possível que a pessoa tenha uma dor todo dia em um lugar diferente, ela está pedindo meio que uma ajuda (ESF1).

Associa-se a esses relatos a denominação dos pacientes poliqueixosos citada por Chammé (2000). O autor entende que discursos, situações, casos que, muitas vezes, não encontram correspondência em uma dimensão diagnóstica e/ou no tratamento e cura previstos pela ciência médica, são, com frequência, caracterizados no que se chama de paciente poliqueixoso. Esse é descrito como usuário (proprietário e portador do corpo adoecido) que perambula pelos Serviços Públicos de Saúde atrás de soluções e medidas eficazes para o sucesso de sua saúde e, quando não as alcança, vai se condicionando às regras do Sistema, favorecendo seu processo de metamorfose de simples usuário dos serviços públicos de saúde, à condição de poliqueixoso.

Nas narrativas dos profissionais das ESFs, entretanto, houve, para alguns, uma desconstrução do personagem paciente poliqueixoso, pois reconheceram que esse usuário está para além da sua queixa específica e que o serviço precisa ter essa noção para escutar o que não é doença só por doença. Dessa maneira, as necessidades do usuário podem ser potencialmente escutadas e a equipe demonstra um despertar para um olhar ampliado e integral de saúde sem se limitar ao que se oferece como instituído no serviço.

O NASF foi citado conceitualmente como um dispositivo para o estabelecimento dessa maior compreensão das queixas e ao olhar integral na ESF, ajudando as equipes a não dissociarem e fragmentarem as situações de saúde e doença. Essa compreensão corresponde ao que o NASF se atribui como demanda:

Ajudar as equipes a ter um olhar mais integral para o indivíduo e favorecer essa mente-corpo, digamos assim. É ajudar as equipes a não esquecer que o indivíduo é um conjunto, é um todo e não se pode desassociar as questões emotivas, as questões emocionais, do restante do funcionamento

das outras coisas clínicas mais comumente vistas no dia-a-dia (NASF).

Um usuário começa a frequentar, vir muito na unidade como uma forma indireta de pedir ajuda, às vezes vem não com a queixa específica, não traz, num primeiro momento, o conflito, mas traz dores, dificuldade de lidar com sua rotina, e a ESF, muitas vezes, no primeiro momento, tem dificuldades de esclarecer o que está acontecendo. Aí a gente entra para discutir o caso, aparece uma coisa que está por trás e a coisa meio que se encaminha depois. Aí se combina que a equipe vai ter meio que um espaço de escuta periódico para aquela situação na equipe da ESF (NASF).

Além disso, muitas vezes se revelam questões que estão entretendo, dificultando um outro atendimento numa outra área da saúde. Vamos pegar um exemplo prático: uma pessoa que precisa tratar diabetes e que não consegue fazer isso em função de questões emocionais que estão dificultando, então a gente poder lidar com isso e daí melhorar a qualidade de vida da pessoa como um todo. Eu acho que é o ideal. Eu vejo que a saúde mental, ela precisa ser olhada com carinho, precisa ser debatida e as pessoas precisam saber que estão sendo escutadas neste aspecto também (NASF).

Percebeu-se, então, que tanto a ESF quanto o NASF entendem, em uma certa sintonia, a integralidade do cuidado como elemento importante para suas ações. Assim como entendem a complexidade das demandas que se apresentam na atenção básica, envolvendo intervenções que consideram as dimensões biológicas, subjetivas e sociais. Ou seja, a atenção básica mostrou-se participativa não só nos aspectos da doença do corpo e escutando para além das queixas específicas do usuário.

4.1.2 A ESF é uma Porta de Entrada: acolhe a tudo e a todos

Quando perguntado aos profissionais das equipes ESFs sobre o que **atendiam** em saúde mental, foram recorrentes as palavras tudo e todos.

Nesse sentido, as equipes ESFs identificaram, atualmente, um aumento no atendimento em saúde mental. Dizem eles:

A princípio nós atendemos **todos** os pacientes que chegam como porta de entrada na forma de acolhimento e de escuta. A gente atende **todos** em relação a saúde mental. A ESF é Estratégia de Saúde da Família e um dos princípios básicos é ter o acolhimento (ESF1).

Embora eu tenha que reconhecer que a demanda de saúde mental cada vez é maior, então isso eu acho que dá, quando a equipe dá abertura do atendimento. Cada vez mais, a equipe é requisitada pela população. Com o acolhimento, tu gera mais demanda. Apesar de você achar que com o tempo diminui, não diminui, eu não percebo isso, eu percebo que quanto

mais a equipe se abre para escuta maior, ela gera demandas, porque as pessoas passam a se sentir acolhidas (ESF1).

Considerando que as ESFs são porta de entrada prioritária do sistema de saúde, todos que chegam a esse serviço devem ser acolhidos. Assim, a saúde mental também é acolhida na ESF. Lancetti e Amarante (2012) entendem que os profissionais que operam na atenção básica são convocados a atuar no cuidado de saúde mental e, ainda são atores importantes para tal cuidado, devido à sua aproximação com os usuários, com o território.

Porém, a maior abertura para o acolhimento, característica da ESF, provoca um aumento dos atendimentos, pois é necessária uma intervenção, uma solução ao que se acolhe e se reconhece como problema de saúde.

O NASF apareceu para a ESF como um dispositivo estratégico para o acolhimento e acompanhamento de saúde mental. Assim, de certa forma, dá sustentação e institui a saúde mental como demanda para a ESF. Explicando melhor, o NASF, no momento em que se coloca como um suporte, pressiona a ESF a acolher a tudo e a todos na saúde mental, pois garante retaguarda para o atendimento. Dessa maneira, o NASF torna-se estratégico para a garantia do acolhimento e acompanhamento da saúde mental na rede básica.

Percebeu-se também que o NASF, no olhar da ESF, amplia e aprofunda o entendimento do que é considerado saúde mental, o que gera complexidade à demanda e, conseqüentemente, aumento do acolhimento e dos atendimentos, pois o olhar do profissional de saúde se amplia para dimensões além do orgânico, como o psíquico e o social.

Eu acho que é por isso que a demanda está tanta, porque a gente está com o olhar diferenciado, um olhar que talvez a gente não tivesse antes. E esse olhar está sendo ampliado para todas as equipes onde o NASF está. Porque a gente diz que quem sabe o que a gente faz nos aproveita muito bem. Então, tem nos aproveitado muito bem, porque a gente traz os casos e são encaminhados, são compartilhados (NASF).

Assim, o termo a tudo e a todos indica que a ESF reconhece a saúde mental como demanda recorrente e cada vez mais frequente. Com a característica de ser “porta aberta”, a ESF também é estratégica para identificação inicial dos casos de saúde mental, pois consegue perceber situações antes não reconhecidas, facilitadas

pela proximidade do território e pelas implicações que essa condição agrega ao entendimento das situações de usuários e familiares.

Eu acho que é muito importante de tu iniciar o tratamento, eu acho que tem que começar aqui, eu acho que é essencial que tenha que começar aqui, por que é aqui que elas vêm com a primeira queixa. Às vezes tu pode estar com um problema sério e a mãe achar que não é nada e aqui a nossa médica de Saúde da Família vê que não (ESF1).

A referência ao vínculo, a proximidade à comunidade, à família, à rua, além da facilidade do acesso e acolhimento como representativo da ESF, apareceram inúmeras vezes como determinantes para o cuidado de saúde mental, ao mesmo tempo, permitindo a entrada de “tudo e todos”. A proximidade com o território constituiu-se, portanto, em elemento essencial para a identificação e a construção do vínculo com o serviço, que proporciona abertura para o aparecimento do sofrimento mental.

Eu acho que aqui, porqueter os ACS, eles vão até a casa, vê o horário que está vindo, conversa com essas pessoas e trazem os pacientes até aqui. Então eu acho que se tivesse um ambulatório, um outro local, a gente não teria essa resolutividade como a gente tem aqui. Eu não sei se seria bom (ESF2).

Eu acho que tem um significado muito grande, porque, querendo ou não, a Estratégia, tem que saber de **todos** os problemas que acontecem em sua área, ela é responsável por **tudo**, então ela é responsável também pelos pacientes de saúde mental. Então, muitas vezes ia para nível secundário e a gente não ficava sabendo dos casos que aconteciam. Então acabava não tendo um vínculo e eu acho que esse vínculo com a população é muito importante. Então, passando pela saúde primária a gente cria esse vínculo com o paciente, sabe o que está acontecendo e eles estando mais perto fica mais fácil solucionar. Porque, querendo ou não, eles criam confiança na gente. Muitas vezes eles vêm até a gente pedindo ajuda, coisa que no nível secundário isso fica muito mais difícil, às vezes acabam desistindo, piorando e fica por isso mesmo. Eu acho que é muito importante esse atendimento na atenção básica (ESF2).

Retomando Arce, Sousa e Lima (2011), as falas reforçam a ESF como uma estratégia adequada para trabalhar saúde mental na atenção básica, pois o estabelecimento de vínculo e de continuidade do cuidado pelo território coloca os profissionais em contato direto com situações relacionadas à saúde mental. Assim, a ESF funciona como um importante articulador da rede de saúde mental, superando o modelo hospitalocêntrico, e centrando o cuidado na família.

Além da ESF, o NASF também se identificou enquanto dispositivo potencial para o cuidado de saúde mental, pois também atua próximo ao usuário e ao seu contexto familiar e social. Além disso, dizem eles, apresenta a singularidade da escuta e do olhar aprofundado que dá suporte para identificação e acompanhamento da complexidade da demanda na atenção básica.

É muito importante, a atenção básica é o mais complexo que tem, não porque não tem equipamento de última geração, enfim, mas os nossos equipamentos são os nossos argumentos, o nosso olhar (NASF).

Atender os pacientes em saúde mental na atenção básica eu acho que é uma tentativa de conhecer esse paciente, perceber esse paciente que sempre foi ta tá louco da cabeça, tem que ser internado. E tentar trazer esse paciente mais próximo de uma vida social, de uma inserção desse paciente no dia a dia da comunidade (NASF).

O significado é justamente esse, tu pega, tu consegue acompanhar o usuário no seu ambiente e tu consegue ver a dificuldade do usuário e envolver a família, o contexto familiar e a equipe poder fazer o acompanhamento junto. Eu acho que esse é o cuidado integral (NASF).

Que aí acho que a gente já entra num parêntese, uma filosofia mais ampla que se pode fazer da vida de hoje em dia, da cultura, da necessidade que as pessoas têm da resolução imediata de seus problemas, a dificuldade de lidar com as frustrações da grande vulnerabilidade que existe nesse território aqui, fatores psicossociais que interferem muito na rotina de vida das pessoas. O fato é que existe uma demanda muito grande em saúde mental e uma demanda crescente (NASF).

A expressão “tudo e todos”, entretanto, produz significados ambíguos para os profissionais das ESFs. Muitos deles se sentem sobrecarregados, acham penoso e pesado atender em saúde mental. Os profissionais das ESFs sentem-se pouco preparados para atender essa demanda que se apresenta cada vez mais na realidade do serviço e que exige um tempo maior de escuta e de elaboração de estratégias de intervenção. Nesse cenário, os profissionais das ESFs questionaram se a demanda de saúde mental deveria realmente ser atendida na ESF. As falas abaixo ilustram tal análise:

Por isso eu fico pensando: será que esses pacientes [de saúde mental] teriam que estar aqui? A gente realiza o máximo que a gente pode, eu acho que a duras penas, às vezes comprometendo a própria saúde dos profissionais (ESF1).

O que limita mesmo é a disponibilidade também de agendas para dar conta de todas essas necessidades que estão sendo colocadas em cima da equipe de Saúde da Família, a gente procura fazer o melhor que a gente

pode dentro do que a gente pode e às vezes estamos bastante cansados (ESF1).

É bem penoso, para o profissional, enfermeiro, médico, que não seja da área afim da psicologia, da psiquiatria. A gente é pouco formado para atender saúde mental. A carga horária da academia eu acho que é muito pouca. E a gente se depara com uma realidade em que tu faz atendimento de saúde mental quase o tempo inteiro. Algum assunto transversaliza saúde mental quase que 90% das consultas (ESF1).

A partir das falas acima, identifica-se que os profissionais reconhecem que a saúde mental transversaliza quase todas as queixas e consultas nas ESFs. Ao mesmo tempo, as equipes se sentem despreparadas e sobrecarregadas para atender saúde mental, devido a diversidade de outras demandas que se apresentam na realidade da ESF. Tal constatação pareceu evidenciar o entendimento dos profissionais de que a saúde mental é uma atribuição a mais, à parte da ESF e que, por isso, sobrecarrega a equipe.

Portanto, o NASF tensiona a ESF a acolher e atender “a tudo e a todos” na saúde mental no momento em que se coloca como retaguarda especializada e quando provoca o exercício do olhar ampliado e integral aos casos de saúde mental. Dessa maneira, o NASF serve como dispositivo para o comprometimento da atenção básica em acolher e atender a demanda de saúde mental.

No entanto, a sobrecarga de trabalho e sofrimento dos profissionais em atender a tudo e a todos que se apresentam nas ESFs é evidente. Os profissionais entendem que isso seria algo a mais nas atribuições das ESF, mesmo reconhecendo que a saúde mental transversaliza e se mostra com maior frequência e crescente na realidade dos atendimentos na rede básica.

4.1.3 A Medicamentação da Saúde Mental – receitas, renovar, manter, controlar...

A medicamentação, citada por Amarante (2007), foi identificada nas falas dos profissionais da ESF, quando se considerou a utilização de medicação e, principalmente, sua renovação como uma das principais demandas de saúde mental. Assim, a medicação aparece como essencial para o cuidado, tornando-se importante para o controle das situações, como aparece nas falas abaixo:

É muito encostado aqui, é a receita, é muito apegada essa demanda ao negócio da receita (ESF1).

Tem uns que se negam à consulta, se negam à medicação, então tem que arranjar uma forma de convencer esse paciente que é o melhor para ele, porque ele vai ficar mais controlado (ESF2).

Após revisão com psiquiatra, a manutenção mensal de medicação poderia ser na ESF, a continuação seria aqui (ESF2).

Pessoas que estão controladas, estão com uma depressão leve, com uma depressão que dá para pegar e tomar uma medicação que seja fluoxetina, seja qual for a continuar mantendo, aí pode ser aqui [ESF] (ESF2).

O uso da medicação e a prática de renovação de receitas são clássicos na atenção básica. No entanto, apresentaram-se como uma preocupação das equipes ESFs no sentido de evitar o uso crônico e a dependência. Isso pareceu testemunhar a instauração de uma mudança de lógica contrária a medicamentação. Ou seja, a equipe questionou a necessidade do remédio ser o principal meio de cuidado para as situações de saúde mental. Pode-se falar, então, sobre uma lógica de desmedicamentação? Amarante (2007) fala que um dos princípios da saúde mental na Saúde da Família é o princípio da desmedicamentação, no sentido de os profissionais não se apropriarem de todos os problemas de uma comunidade como problemas médico-sanitários.

Alguns deles por vários anos e acho que pode ser que esse paciente não tenha mais medicação correta, porque pode ser que já esteja há vários anos tomando fluoxetina e se você fala em retirar a dose, tem que fazer uma nova avaliação, eles não querem deixar o remédio porque acham que tomando o remédio o problema desaparece. Essa problemática que existe comigo aqui. Os pacientes precisam de uma readaptação do tratamento e eles têm uma resistência, porque estão acostumados com o uso crônico destes remédios (ESF2).

Tem pacientes que anos e anos tomam medicação, mas não é revisto, só pegar e refazer receita, só renovar, renovar, renovar, mas peraiàs vezes não precisaria tomar todos estes remédios. De repente tomaria um. Rever a medicação e as terapias também (ESF2).

O NASF também reconheceu a prática de uso da medicação e sua renovação como demanda clássica, comum, da ESF, mas mostrou-se como dispositivo potencial para ampliação e discussão sobre a desmedicamentação da saúde mental na atenção básica. Percebeu-se a construção de outras ações terapêuticas, como a escuta e a descentralização do cuidado no médico (desmedicalização) como perspectiva.

Muda o olhar e, muitas vezes, muda a conduta também [quando o NASF entra junto nos casos da ESF]. Ao invés de ser só aquela renovação de receita dos usuários de medicação controlada. Abre também a possibilidade de escuta e de não ficar só centrada no médico. O enfermeiro também faz a escuta, também orienta porque se sente capacitado, se sente à vontade. O técnico de enfermagem também pode fazer e o ACS também pode fazer esta escuta, uma vez que se sintam à vontade para isto. Tirou de repente o medo, o preconceito do usuário que tem algum agravo de saúde mental. (NASF).

Assim, a desmedicamentação da saúde mental pode instaurar novas formas de olhar o sofrimento mental, não o limitando como doença a ser medicada, mas como fato a ser escutado. Rosa e Winograd (2011) discutem tais questões e consideram que o processo de medicamentação do mal-estar psíquico tornou-se essencial para o mecanismo de controle e poder sobre a vida contemporânea. Desta forma, as autoras atentam para que as práticas e saberes no campo da saúde mental possam intervir como dispositivos de cuidado e não como práticas de poder sobre a vida. O NASF nesta pesquisa, sob o olhar das ESFs, mostrou-se necessário para a desconstrução de práticas e saberes que medicamentam o sofrimento.

4.1.4 Do Sofrimento Mental Comum às “Situações de Vida”

As ESFs identificaram como demanda frequente de saúde mental situações que se aproximam ao que foi considerado pelo Ministério da Saúde (2013c) como sofrimento mental comum. Essas são descritas como síndromes que se interseccionam, com episódios e intensidades flutuantes, e que se caracterizam pelas queixas depressivas, ansiosas e de somatização. Assim, abre-se a perspectiva de considerar as síndromes na dimensão do sofrimento mental comum ao invés de categorizá-las e separá-las em diagnósticos.

No entanto, apareceram, com menor frequência, alguns diagnósticos psiquiátricos como demanda de saúde mental. O que retorna à noção de que a ESF, por ser porta prioritária do sistema de saúde, acolhe a tudo e a todos, inclusive casos mais graves e complexos.

Na saúde mental vêm bastante pessoas com depressão, com problemas, dificuldades, ansiedade. Mas a grande maioria dos pacientes que vem aqui é por causa da depressão e insônia, com sintoma clássico, por exemplo, perda de um familiar, sentimento de tristeza, sentimento de não querer

trabalhar por uma situação específica. As outras variantes são pacientes com traço bipolar (ESF2).

Bipolar, esquizofrênico, tem transtorno bipolar, depressão, depressão pós-parto (ESF1).

O ideal é que a gente acompanhasse aqueles pacientes menos graves, que são ansiosos, que têm depressões leves e moderadas, a gente trata os bipolares também (ESF1).

Ao mesmo tempo, apresentou-se, nas narrativas, a percepção de que saúde mental pode ser um momento, uma situação que produz tristeza, insônia, solidão, infelicidade, caracterizando algo mais amplo do que a questão diagnóstica, como a dificuldade em lidar com as emoções, questões circunstanciais de vida, conflitos familiares, conflitos na comunidade em que vivem.

Tudo, paciente com sofrimento mental, por problemas familiares, estruturais, dificuldades sócio-econômicas, sofrimento e pacientes ansiosos, depressivos, com crise também de agressividades e transtorno mental de leve à grave, às vezes que fazem manutenção aqui (ESF1).

Chegou a pessoa se referindo com uma queixa de tristeza, de depressão, ou que não está conseguindo resolver alguma situação. De repente, pode ser só por um momento, não que ela seja uma pessoa depressiva, de repente alguma causa, consequência de alguma coisa que aconteceu, mas eu já insiro na saúde mental porque, querendo ou não, ela não está conseguindo lidar com as emoções dela, então eu já insiro numa saúde mental, nem que seja por pouco tempo, mas é (ESF2).

O que eu entendo de saúde mental é qualquer desequilíbrio, é a capacidade de lidar com as emoções (ESF2).

Argumenta-se que o questionamento apresentado, nesta pesquisa, sobre a necessidade de uma denominação, de um diagnóstico clínico para definição de demanda de saúde mental na atenção básica se redimensiona. Assim, outras elaborações são consideradas como demanda de saúde mental, como as noções subjetivas de afetos e sentimentos, legitimando construções discursivas relacionadas às experiências vivenciadas pelo usuário. Portanto, há uma possibilidade de ruptura com a ideia de cadeia diagnóstica e de colonização da experiência vivida pela estrutura biomédica (AYRES, 2007).

Destacaram-se ainda, através das falas, a violência, o envelhecimento, o álcool e outras drogas sendo definidos como demanda de saúde mental na ESF. Ou seja, questões que envolvem outros contextos que não só o biomédico, como o social, cultural, econômico. Destacou-se a questão do envelhecimento, pois os

idosos apareceram como um dos principais usuários da saúde mental, indicando o movimento de transição demográfica com suas consequências epidemiológicas. Dessa maneira, as equipes de ESF mostraram-se atentas ao processo de envelhecimento como campo de intervenção, prevenção e promoção em saúde mental. Nesse sentido, as violências também foram citadas como demanda de saúde mental, indicando que os profissionais reconhecem outras situações como determinantes de saúde para além da lógica biomédica, diagnóstica.

Os idosos, principalmente, são muito sozinhos e aí acabam entrando numa depressão, precisam de atenção, não dormem. Acho que tudo isso é caso de saúde mental (ESF1).

[a ESF atende] Violência, violência familiar, violência contra idoso (ESF1).

Se é drogadição, a gente faz todo o acolhimento aqui. Considero o uso de cigarro como saúde mental, porque cigarro é uma muleta, como a gente diz no grupo (ESF1).

É álcool e outras drogas, mas não deixa de ser uma saúde mental (ESF2).

O aparecimento do álcool e outras drogas como demanda da ESF alinhou-se com a política da RAPS e destacou que a ESF se reconhece e participa do acompanhamento de pessoas em situação de uso de crack, álcool e outras drogas.

A partir dessas análises constatou-se que não há uma denominação, um diagnóstico clínico para que se reconheça demanda de saúde mental na ESF. Assim, quando a atenção à saúde considera diretrizes como a integralidade, a articulação da rede de cuidado, aspectos das situações de vida, a definição de demanda se amplia e se torna mais complexa do que as denominações diagnósticas comuns de saúde mental.

4.2 DEMANDAS DO NASF

A análise do que foi nomeado como demanda de saúde mental para o NASF partiu, num primeiro plano, do conceito de Camargo Jr. (2010). Ou seja, a demanda é definida via processo de negociação sócio-técnica e estabelece-se como tal quando se torna redutível aos repertórios de intervenções do serviço. Assim, apresentaram-se núcleos temáticos nas falas dos entrevistados que destacaram o que é aceito como demanda de saúde mental do NASF na sua relação com a ESF.

Além disso, o conceito de demanda de Baremlitt (2002) também foi pertinente para análise, principalmente com a definição de encargo. O autor traz a noção de que toda a demanda tem uma dimensão não manifesta, definida como encargo. Assim, a demanda do NASF carrega pedidos implícitos que foram analisados a partir das falas. Escolheu-se utilizar Baremlitt (2002) para a análise das entrevistas dos profissionais do NASF por que surgiram definições de demanda de saúde mental para esse serviço que foram manifestadas num plano implícito, transpondo o que foi definido conscientemente pelas equipes.

4.2.1 Diagnósticos Psiquiátricos, Álcool e Outras Drogas e Violências – um olhar mais específico

Na nomeação do que se atende e se define como saúde mental, o NASF e a ESF apresentaram alguns elementos em comum. O sofrimento mental comum e situações de vida também apareceram para o NASF, mas foram nomeados de uma forma mais específica. A necessidade de uma denominação, um diagnóstico clínico, psiquiátrico, mostrou-se mais presente na fala dos profissionais do NASF. Dessa maneira, o NASF ultrapassou a ideia do sofrimento mental comum como principal questão de saúde mental na atenção básica. Esse dispositivo permitiu que transtornos psiquiátricos graves, tentativas de suicídio, disfunções de personalidade, pudessem também ser acompanhados na rede de atenção básica.

Então, assim, se a gente for tentar fazer um levantamento, que é subjetivo no primeiro momento, mas eu te diria que assim, uns 50% que vem para eu participar são de transtornos psiquiátricos graves. Isso quer dizer quadros assim muito sintomáticos, como transtornos psicóticos com muitas tentativas de suicídio, internações com disfunções de personalidade associadas, pessoas com uso crônico de medicações e que, na verdade, muitas precisam do uso para estabilizar o humor (NASF).

A gente atende grande parte dos usuários que estão em situação de violência, vulnerabilidade, como, por exemplo, usuários de drogas, dependentes químicos, alcoolistas, familiares de usuários que têm que ter o apoio da saúde mental. Também a questão de abuso em crianças e idosos, que são as pontas mais vulneráveis, que é o que a gente tem visto bastante, casos de esquizofrenia (NASF).

A violência dentro da comunidade: morte, briga, os familiares que passam por uma perda nesse sentido, às vezes custam a se recuperar do luto e isso fica com a pessoa por bastante tempo, às vezes não esquece, não supera, depressão. Algumas depressões pós-parto que a gente acompanhava, os recém-nascidos e as mães que estão fazendo pré-natal. Dentro do pré-

natal, a gente já vê se tem alguma necessidade de algum acompanhamento de saúde mental também (NASF).

Ao mesmo tempo, a equipe NASF citou, com maior intensidade, as violências e o uso de álcool e outras drogas como frequente demanda de saúde mental, assim como os casos de vulnerabilidade social de crianças e idosos.

Tal constatação fortaleceu a ideia da necessidade de uma visão integral ao sujeito biopsicossocial assim, outras dimensões da vida que não só a biológica, psicológica, mostraram-se como foco de intervenção pelos profissionais. A situação das comunidades em que os sujeitos estão inseridos e a percepção de que o território influencia nas situações de sofrimento em saúde foram muitas vezes referenciadas pelo NASF. Nesse sentido, retomaram-se as relações e condições que caracterizam os territórios, de acordo com Pires, Simoni e Vianna (2009), além do espaço geográfico, ou de um espaço limitado às redes objetivas de serviços, pois há construção de subjetividades a partir da configuração de um território. Ou seja, o sujeito estabelece relações de pertença, de trabalho, de trocas sociais e de vida através do território construído, e assim, a comunidade em que vive também contribui em sua construção subjetiva e vai além de sua simples inserção geográfica.

Quais são as suas peculiaridades de cada micro território, de cada área, esta área aqui é mais vulnerável, esta área nem tanto. A gente procura ajudar a unidade, conhecer o território. Conhecer, por exemplo, quantas unidades tu têm cadastradas, que demandas tu tens mais na tua unidade, que aspectos da questão social a gente tem aqui, se a gente tem mais violência, se tem mais tráfico, tem mais situação do idoso. Então, conhecer aquela unidade para poder promover algum projeto, alguma ação (NASF).

Observou-se que a existência de definições diagnósticas e de denominações mais específicas para situações de vida estão mais vinculadas a um olhar especialista do NASF.

4.2.2 Apoio - para os “Casos mais Complicados”

As equipes ESFs nomearam os casos graves, agudos e complexos como demanda de saúde mental do NASF. Simultaneamente, o NASF aceitou essa demanda quando se percebeu como principal participante dos casos que vão para além do entendimento de um sofrimento mental comum. Para essas situações, as

ESFs não se reconheceram como dispositivo único responsável pelo cuidado e solicitaram o NASF como apoio para soluções desses casos.

Geralmente o NASF é para alguma coisa mais grave. Porque quando passa pro médico, se é alguém que faz uso de fluoxetina ou outras coisas e se vê que está bem, ele continua com medicamento, não muda. Agora se é alguma coisa que a paciente vem e muda medicamento e a pessoa continua da mesma forma, aí a gente já solicita ajuda com o NASF. Alguma coisa mais grave, a pessoa querer suicídio, ou tentar suicídio, já tentou várias vezes, então a gente já encaminha para o NASF. Às vezes, é o caso de uma família toda, inteira, que a gente não consegue aqui sozinho, não está se resolvendo, se solucionando, a gente encaminha para o NASF (ESF2).

Tudo o que for de saúde mental, o que for mais agudo, e o que a equipe vê que não tem condições de abraçar sozinho. São as demandas dessas pessoas que têm ataques, que a saúde mental já está alvoroçada, vamos dizer assim, os casos mais graves (ESF1).

Doenças mais complicadas como, por exemplo, esquizofrenia, retardo mental e outras. A maioria das vezes precisa de uma avaliação com um psiquiatra, porque são mais complexos e os tratamentos também são. Tem uma dose que não permite, a avaliação de uma dose especial para estes pacientes (ESF2).

Entretanto, é interessante ressaltar que as doenças mais complicadas referenciadas como demanda do NASF, como foi citado acima em algumas falas, foram consideradas possíveis demandas para a ESF. Nesse caso, percebeu-se que a existência do vínculo do usuário com a ESF foi considerada como ponto determinante para intervenção em casos mais complicados e esses serem considerados demanda de saúde mental para a ESF. Acrescentando essa observação, nas narrativas, percebeu-se que a não adesão ao tratamento na ESF, ou seja, a inexistência do vínculo determina demanda para o NASF. Assim, cabe a ideia de Camargo Jr. (2010) sobre as demandas serem construídas em negociação entre os atores e apresentarem um caráter de provisoriedade e instabilidade. Portanto, nessa linha de pensamento, não há definições fixas e instituídas de demanda, pois essas são estabelecidas na dinamicidade entre os diferentes atores e serviços.

Outro ponto que apareceu como determinante para doenças mais complicadas tornarem-se demanda da ESF foi a possibilidade desse casos estarem estáveis e controlados, ou seja, os usuários não estarem em crise.

Ele [esquizofrênico] adere ao tratamento, que ele está vendo que com aquela medicação ele está bem controlado, ele vem e participa do grupo, por exemplo, tem vontade de vir. Eu acho que com o tratamento feito aqui

dentro, tanto com o grupo, quanto com a médica, consiga estar controlando a doença dele, conseguindo seguir com a medicação, sem ter crises, eu acho que essa situação não precisa de interferência do NASF, da psiquiatria (ESF1).

Destacou-se, em uma das falas da ESF1, uma estratégia interessante para situações de crise. Essa equipe utilizou de forma criativa o apoio do serviço de emergência (SAMU) como suporte para intervenção na ESF, mostrando, assim, uma maneira alternativa de cuidado na crise. Desse modo, a ESF transpôs a ideia tradicional de referenciamento da crise para equipe especialista ou para uma internação psiquiátrica.

Daí a gente ligou para o SAMU... o médico já tinha dito para fazer tal medicação nele e, na dúvida, resolvemos ligar para o SAMU e a gente ligou e disse qual era a medicação que ele havia tomado a mais e ele deu a mesma orientação, dar tal medicação para ele, que ele vai estabilizar e foi o que a gente fez. Foi o único caso que eu lembre assim de saúde mental [foi perguntado sobre crise na ESF] (ESF1).

Novamente, o caráter dinâmico e provisório sobre o que se estabelece como demanda entre os diferentes serviços e atores, segundo Camargo Jr (2010), redimensionou a atribuição dos casos mais complicados como demanda de saúde mental do NASF, indicando a versatilidade do que se estabelece como demanda entre os serviços. Assim, uma demanda já constituída para determinado serviço pode modificar-se no decorrer de negociações e de como cada serviço consegue organizar-se para resolução de diferentes situações que aparecem no cotidiano de trabalho.

4.2.3 Especialistas de Saúde Mental – (in)coerências

As análises das entrevistas mostraram também como demanda do NASF a necessidade de apoio dos especialistas de saúde mental. Sendo assim, apesar da ESF ser considerada uma estratégia importante para o acompanhamento de saúde mental, uma vez que promove o estabelecimento de vínculo e tem continuidade pela proximidade com o território como determinante para esse cuidado, percebeu-se a necessidade de especialistas. Essa demanda conjugou-se com a noção de que o NASF permite a entrada e o apoio para complexidade de saúde mental na atenção

básica, mostrando-se, novamente, como um dispositivo com intervenções que vão para além dos casos considerados comuns na ESF.

Assim, o NASF reconheceu como demanda o pedido das ESFs de um outro olhar para saúde mental, que ajudaria a olhar para a complexidade, para a integralidade dos usuários e para as situações apresentadas. Tal constatação foi descrita anteriormente e relacionou-se, portanto, com a demanda da ESF na busca do olhar ampliado da integralidade.

Pacientes, como eu falei no início, que precisam de um outro olhar, um olhar de um outro profissional, referente a seus sintomas, ao que ele está sentindo ali, que a Estratégia não consegue, que o médico não consegue dar conta. A demanda tem que vir nas dificuldades que eles têm perante aquele paciente, perante o tratamento daquele paciente, não conseguem dar conta e a gente tem que auxiliar, às vezes nem é para nós realmente (NASF).

De uma forma geral, tem a ver com o sofrimento psíquico do usuário. Então, sempre que há algum grau de sofrimento psíquico e que a ESF entende, em algum momento, que ela não consegue sozinha dar conta daquilo, se torna uma demanda para o NASF também (NASF).

Os profissionais da ESF citaram frequentemente o psicólogo e, principalmente, o psiquiatra como principais especialistas para apoio à saúde mental. Associou-se a essa análise da centralidade desses profissionais o conceito de núcleo, citado por Campos (2000), entendido como uma aglutinação de conhecimentos que demarcam uma área de saber e prática profissional e compõem uma identidade disciplinar. No entanto, analisou-se que a busca por especialista na relação entre ESF e NASF aconteceu, na maioria das vezes, numa via de apoio e suporte, e não como um serviço de encaminhamento para consultas com especialista. Essas condutas, na lógica das práticas não hegemônicas, em parte contrapõem-se ao que foi considerado por Herzlich e Pierret (1991) sobre a concepção de doente-indivíduo, que se associa ao desenvolvimento da instituição médica, a partir de dois aspectos principais: o desenvolvimento científico e a especialização e profissionalização. O cuidado, na lógica citada pelas autoras, constrói-se através de um sistema de valores biológicos, científicos e de responsabilidade do especialista. Nas falas dos profissionais do NASF essa concepção se relativiza e aponta para outras possibilidades de práticas do cuidado compartilhado.

Se é uma coisa que a gente não consegue resolver, o NASF vai nos ajudar. Hoje nós temos um psicólogo, temos um psiquiatra. Elas sempre têm demanda, a gente encaminha para elas e elas vêm nos ajudar (ESF2).

Os pacientes que a gente tem acompanhado e estão tendo dificuldades de conseguir que o paciente melhore, ou a gente fica com dúvida se esse paciente é só um paciente ansioso, depressivo, ou se esse paciente tem um quadro de bipolaridade ou pacientes que a gente está tratando, está com a dose terapêutica aumentada e o paciente não tem evoluído e nós não estamos conseguindo entender assim o que está dificultando que esse paciente melhore. Então os casos em que a gente precisa realmente de uma orientação no diagnóstico e no tratamento adequado. (ESF1).

Ao mesmo tempo, houve referência aos outros profissionais do NASF, além do psiquiatra e do psicólogo, para o apoio à saúde mental. Apresentaram-se, nas ESFs, situações que identificaram a ideia de campo como espaço onde cada disciplina e profissão busca em outras apoio para cumprir tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000). Observou-se que os profissionais que não são identificados como núcleo de saúde mental apareceram como atores importantes para o cuidado de saúde mental, principalmente nas ações de prevenção e promoção da saúde. Alguns exemplos foram citados, principalmente pela ESF1, como: a construção de uma horta pela nutricionista, a participação da fisioterapeuta na prática de exercícios com grupo de mulheres e participação em piquenique, a integração do assistente social no grupo de saúde mental, o trabalho da ginecologista com planejamento familiar (colocação de DIU) e suporte para o acompanhamento de uma usuária com dificuldade para engravidar. Salientou-se que tal observação apareceu com relevância na ESF1 (aquela que é mais solicitante do NASF).

É uma equipe, a nutricionista, a psicóloga, a psiquiatra, para chegar até este paciente. É um estudo de caso, a forma ela não está pronta, tem que se achar em conjunto, tentar que nem trabalho de formiguinha, tentar fazer uma coisa, ver uma ideia, uma opção assim, aí vai aos poucos (ESF2).

Ela [a nutricionista] ajuda na saúde mental, ajuda bastante. Acho que a alimentação e a saúde mental às vezes entram em parafuso, quando vê está uma pessoa obesa. E tem vários tipos de doença dentro da saúde mental, tem vários sintomas, a sintomatologia das pessoas. Eu acho que ajuda, eu acho que é um ganho grande ter uma nutricionista dentro da saúde mental (ESF1).

Saúde mental tem que ser um conjunto, não só o psiquiatra, nem só o psicólogo. Eu acho que é um conjunto que faz, claro, a meta tá ali para o psiquiatra, para o psicólogo, o acompanhamento e... mas eu acho que tem que abrir aspas para os outros profissionais (ESF1).

O incoerente é que mesmo reconhecendo que existem especialistas de saúde mental no NASF, apareceu, principalmente na ESF2 (aquela menos solicitante do NASF), a necessidade de marcação de consultas com psiquiatra num sistema de regulação de atendimentos especializados do município de Porto Alegre (AGHOS).

Apesar de não ser predominante nas falas, a lógica de acompanhamento em saúde ainda apareceu centrada na ideia de consultas marcadas com especialista, independentemente da situação que se apresente. Essa constatação mostrou o entendimento de que o cuidado de saúde mental estaria restrito ao uso de medicação, a uma visão biomédica e especialista, legitimando a medicalização social. Além disso, a ideia de consultas também desconsidera a noção de integralidade das ações, do vínculo e proximidade com o território, elementos estratégicos da ESF para o cuidado em saúde.

Se ele pudesse vir aqui e marcar, passar e fazer o encaminhamento com especialista, contra-referência no sistema do AGHOS, mas a gente não consegue marcar, tem três, quatro, cinco anos (ESF2).

Nós vamos ouvi-lo, vamos ver a medicação que a gente pode estar usando e, se algum momento, a gente perceber que precisa uma intervenção de um psiquiatra, a gente vai programar [NASF], mas se for pensar, às vezes, no desejo do paciente, o paciente gostaria de consultas psiquiátricas (ESF1).

O pessoal tem esse fluxo e até a gente pede para, a gente orienta eles, está com a crise mais forte, alguma coisa assim, está demais, porque daí vai consultar com especialista. Eu estou em crise, eu busco um especialista, só que aqui a gente não tem especialista, não vai conseguir marcar (ESF2).

Isto mostrou uma possível dificuldade no reconhecimento, tanto dos serviços quanto dos usuários do acompanhamento de saúde mental se materializar em práticas de cuidado através da relação ESF e NASF.

Assim, a ideia do NASF como uma mudança de processos de trabalho, de inclusão da saúde mental na atenção básica, ainda apareceu como estratégia nova a ser melhor esclarecida e compreendida pelos profissionais de saúde e pelos usuários do SUS. O objetivo do NASF de desenvolver o trabalho compartilhado e colaborativo com as ESFs nas dimensões clínico-assistenciais e, principalmente, técnico-pedagógico, exige não só a compreensão e atuação no cotidiano dos serviços, mas também uma ruptura no padrão institucional e no sistema de valores

que mantêm padrão de conduta por vezes ainda normativos e excessivamente técnicos no campo da saúde.

4.2.4 Encargos – pedidos implícitos na demanda do NASF

A partir do que foi analisado, elaboraram-se questionamentos do que estaria envolvido nas situações estabelecidas como demanda de saúde mental do NASF. Explicando melhor: a partir da leitura e análise das falas dos profissionais da ESF e do NASF sobre o que se estabeleceu como demanda para o NASF, observaram-se outras questões que se apresentaram como pedidos implícitos, ou seja, definiram-se como encargos da demanda, conforme Baremlitt (2002). O autor salienta que a demanda é a solicitação formal, consciente, deliberada, que nunca coincide com o encargo. Assim, as pessoas solicitam alguma coisa, mas o que elas querem é outra. O encargo, então, é decifrado a partir da demanda.

Nesse contexto, duas questões destacaram-se nas entrevistas, que apontaram para o que estava implícito na demanda do NASF: ansiedade, medo, insegurança da equipe ESF em relação à saúde mental, assim como o pedido para desafogar o serviço da ESF.

Na verdade, assim, a ESF sempre quando ela nos chama para algum caso de saúde mental, ela já está dando algum indicativo de que ela sozinha não está dando conta. Então, sempre uma primeira reflexão junto com a ESF a gente precisa fazer, às vezes são casos que a gente não precisa estar acompanhando bem intimamente, bem proximamente (NASF).

É só uma questão de ajudar a ESF a se organizar, a diminuir a angústia em relação ao caso, tratar os preconceitos, questões que estão causando alguma resistência para a ESF acompanhar. Então, na verdade, tem questões muito subjetivas e do ponto de vista objetivo, de sinais e sintomas do ponto de gravidade. Cada situação é uma situação que precisa ser pensada, avaliada em conjunto (NASF).

Tem problemas que o próprio profissional, os profissionais de Saúde da Família podem resolver, não necessariamente tem que chamar um psiquiatra ou um apoio matricial. Eu acho que tem casos que a equipe pode resolver, eu acho que ela só não está apropriada, com entendimento. Às vezes, eu noto que as pessoas ficam com um certo medo do paciente surtar aqui na frente. Essas coisas a gente escuta muito, o medo que os profissionais da Estratégia, da Atenção Básica sentem em relação a esse paciente, então tudo tem que ter apoio de alguém ou tem que ir para internação (NASF).

Essa percepção de insegurança, ansiedade, medo, resistência a que os profissionais do NASF referiram foi confirmada em muitas falas das equipes ESFs. Dizem eles:

A gente faz a consultoria justamente para fazer essa escuta mais qualificada, que um psiquiatra é um psiquiatra. Um médico de família, por mais que ele tenha o conhecimento, ele faz estágio na saúde mental, tem curso de educação continuada, a gente se sente também inseguro no manejo dos pacientes com dificuldade de você fazer com que ele entre em estado melhor, que ele consiga evoluir bem (ESF1).

A referência do NASF como apoio pôde ser ampliada quando se observou nos argumentos da ESF que o NASF foi considerado não só como um suporte técnico, especializado, mas também como dispositivo para desafogar o serviço. Explicando melhor, a ESF percebe a saúde mental como um acompanhamento diferenciado, com exigência de um tempo maior e um processo de escuta e olhar para intervenções que vão além do biológico, do uso da medicação.

Assim, ao se sentir sobrecarregada, a ESF aciona o NASF, como um apoio compartilhado, servindo como o algo a mais que a ESF diz não conseguir fazer não por limitação técnica para o cuidado, mas por sobrecarga de trabalho, como expresso nas falas abaixo.

A gente tem que reconhecer que a gente matricia casos que a própria atenção básica poderia dar conta. Pela complexidade que é a saúde mental e a gente tem outros afazeres a assumir e a gente tem essa possibilidade, a gente acaba utilizando a do serviço (ESF1).

Eu acho que a gente conseguiria dar conta da demanda sem matricular, mas como a gente tem o serviço e a gente assume tantas outras funções de atendimento, a gente opta por matricular ou encaminhar com o NASF porque desafoga um pouquinho o serviço, para a gente poder dar conta dos outros e a gente se utiliza daquele serviço, sendo que a gente poderia dar conta daquela demanda de saúde mental (ESF1).

Nesse sentido, apareceu como um pedido implícito, através da demanda do NASF, o auxílio para desafogar a equipe ESF do aumento dos atendimentos e da exigência de um tempo e olhar mais aprofundado para saúde mental.

Como estratégia para a sobrecarga das equipes, uma outra demanda, referida principalmente nas falas da ESF1, que aciona frequentemente o NASF, foi a saúde dos trabalhadores. Este pedido carrega a ideia de que o NASF é

compreendido como mediador e articulador do cuidado com a saúde do trabalhador da ESF.

Um dos papéis do NASF é apoio às equipes. A gente já discutiu processo de interrelacionamento entre a equipe, que também é relacionado à saúde mental, a própria sobrecarga dos profissionais, sobrecarga de trabalho. Os próprios fluxos que são exigidos das equipes, no sentido de que todos se apoderem destes fluxos e não uma coisa que seja de hierarquia de cima para baixo, mas que se entenda que isso é um processo e que a gente está dentro do processo e que a gente está repensando também estes processos e modificando, conforme a nossa necessidade e não simplesmente verticalizar, isso também é atenção à saúde mental da equipe (ESF1).

A gente faz uma reunião uma vez por mês, fecha a unidade, faz uma hora que a gente só discute processo de trabalho, questão de interrelacionamento, de fluxos de trabalho da unidade, o que isso interfere em cada trabalhador e o que interfere no grupo, confiança, interrelacionamento entre grupo, isso a gente vem discutindo. O NASF, na verdade, serve como mediador desta discussão (ESF1).

A sustentação do NASF, dessa maneira, não acontece somente na perspectiva de apoio nas dimensões clínico-assistenciais e técnico-pegagógicas, mas vai além, pois discute processos e fluxos de trabalho, discute as dificuldades da equipe frente à sobrecarga da demanda, assim como os processos de relacionamento entre os profissionais.

4.3 NEM DA ESF, NEM DO NASF – de quem?

As entrevistas referiram situações que, num primeiro momento, não foram estabelecidas como demanda nem da ESF, nem do NASF, como, por exemplo, crise, ideação suicida e risco de vida. Tais situações foram definidas como demandas para internação hospitalar, pronto-atendimento psiquiátrico e, quando em momento de alta, serviço especializado, como o CAPS.

Pessoa com ideia suicida, a gente teve que mandar para o pronto atendimento da ESF2, ali, e possivelmente ela seria internada com indicação (ESF1).

Se é um caso agudo, como eu já coloquei, a gente encaminha para o plantão de psiquiatria do postão da ESF2 (ESF1).

Uma paciente que tem risco de suicídio, não é uma paciente para ser atendida na atenção básica. É uma paciente que vai ter que ser encaminhada para uma internação. Quando ela voltar da internação, ela vai

ter que seguir sendo acompanhada não na ESF, num serviço especializado. Ou um usuário de drogas que vai ser internado, quando ele voltar da internação, ele tem que ser vinculado ao CAPS porque se ele voltar para onde ele estava ele vai voltar... (NASF).

Para alguns profissionais das ESFs, entretanto, ideação suicida e alta após internação psiquiátrica foram entendidas como possível demanda da ESF. A continuidade do acompanhamento de saúde mental, assim como o acolhimento de tudo e todos, indicam que esse usuário será sempre um paciente para a atenção básica, como expressam as falas abaixo.

Desde pessoas em sofrimento mental por depressão, quanto pessoas com ideação suicida, perguntou-se sobre o que atendiam em saúde mental na ESF] (ESF1).

Então, o atendimento desses pacientes é integral, médico de família. Às vezes, quando descompensa essa paciente precisa de hospital, mas essa paciente sempre vai voltar e vai ser seu paciente e você tem que trabalhar com ele, se for modificado o remédio, tem que atender esse caso (ESF2).

Na maioria das falas, as situações mais graves tiveram como intervenção o encaminhamento direto da ESF para a internação ou pronto-atendimento psiquiátrico. O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), serviço substitutivo ao Hospital Psiquiátrico e responsável por acompanhar transtornos graves e persistentes de saúde mental, não apareceu como recurso frequentemente referido, sugerindo dificuldades de fluxo.

Faz a escuta e a gente define qual paciente a gente vai matricular, e qual paciente a gente vai encaminhar para um serviço especializado. O serviço especializado que a gente tem, que a gente consegue encaminhar é para o pronto atendimento, então a gente não consegue encaminhar diretamente aqui do serviço para o CAPS, nem CAPSAD, nem CAPSi, nem CAPSAdulto, a gente não consegue encaminhar diretamente, a gente encaminha diretamente para o pronto atendimento e eles lá, depois do primeiro atendimento, encaminham para este serviço (ESF1).

Claro, eu não sei como é o atendimento em CAPS, não conheço essas realidades, especialmente em Porto Alegre, não sei como é o atendimento, como é o acesso aos pacientes aos CAPS, atendimentos especializados. Eu acredito que não deve ser facilitado (ESF1).

O fluxo com o CAPS na atenção básica apareceu como mediado pelo NASF. No entanto, observou-se que situações que não passam pelo matriciamento com NASF, são encaminhadas pelas ESFs para internação hospitalar ou para o pronto-

atendimento, apontando dificuldades para a efetivação desse fluxo. Ou seja, a ESF não se articula com a rede especializada de saúde mental, a não ser via apoio matricial. Quando há necessidade de referenciar casos graves a serviços que não podem aguardar o NASF, ao invés de serem acolhidos no CAPS, esses vão para internação ou pronto-atendimento psiquiátrico.

Aí se é um caso de CAPS, é feito o matriciamento com o NASF, que vai daí encaminhar para o CAPS adulto ou Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (ESF1).

A opção deles, dos familiares, é o Pronto Atendimento. Lá tem uma emergência que eles ficam consultando, fazem avaliação, tudo direitinho, psiquiatra que conversa com paciente e aí eles vão identificar se é grave, se fica internado, se precisa daquela consulta, mas tem atendimentos (ESF2).

Ele tem visões, ele vê bichinhos, vê coisas, quando ele está demais a mãe dele leva e interna ele. Ele já tem o caminho, ele já tem a porta aberta lá no Espírita para ele ser identificado (ESF2).

Eu tenho pacientes aqui que já estão acostumados a ir no Espírita, que já se internaram, ficam uma semana, duas, três, aí eles já sabem o procedimento deles irem lá (ESF2).

Portanto, é possível analisar que a ESF é chamada para integrar uma rede de atenção à saúde mental, conforme se apontou com a criação do NASF e com sua inserção como ponto de atenção na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Na pesquisa, a relação da ESF com a rede de saúde mental apareceu mediada pelo NASF, o que diminuiu a autonomia dessas equipes. Evidenciou-se, então, que a ESF é solicitada para se inserir na rede de saúde mental como ponto de atenção de saúde, mas, ao mesmo tempo, parece não participar diretamente e com autonomia dessa rede. Há uma incoerência nesse sentido, como se a rede de saúde mental estivesse organizada somente com os serviços especializados de saúde mental.

5 EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL ENTRE ESF E NASF

5.1 DISPOSITIVOS E PRÁTICAS

A partir do que foi discutido e definido como demanda de saúde mental entre ESF e NASF no capítulo anterior, desdobram-se questionamentos sobre quais experiências de cuidados em saúde mental estavam sendo realizados no cotidiano dos serviços.

Assim, as duas equipes ESFs que participaram deste estudo trabalham com o acolhimento e o acompanhamento em saúde mental. Entretanto, com relação ao cuidado de saúde mental, observaram-se diferenças entre as duas equipes na constituição dos fluxos e nas ações do cuidado, apesar de haver um entendimento comum sobre a demanda entre as duas ESFs, como foi discutido anteriormente.

Na ESF2, menos solicitante do NASF, as ações de acolhimento e acompanhamento parecem estar mais centradas na enfermeira e no médico:

Eu [enfermagem] faço o acolhimento e, dependendo da queixa, eu encaminho para o médico e ele vai analisar se ele vai começar com o medicamento ou se ele vai conversar ou, dependendo ainda, vai fazer matriciamento com o NASF (ESF2).

Os acolhimentos passam todos por mim [enfermagem]. A não ser a pessoa que já faz uso de medicamento e já é da saúde mental, então nós temos agenda, então não precisa fazer acolhimento. Ele já vem, se insere na agenda e já passa diretamente para o médico, já é agendado direto com o médico (ESF2).

Na ESF1, mais solicitante do NASF, identificou-se um trabalho mais integrado entre os diferentes profissionais da equipe.

A gente teve, no início do ano, a gente parou toda equipe e fez um planejamento das ações do ano inteiro. Dentro desse planejamento, teve um momento em que cada equipe, depois a unidade, as duas equipes, levantaram os problemas da comunidade e os problemas que a unidade via da comunidade. Então eram dois aspectos: quais os problemas e quais os problemas que a equipe via dentro da comunidade. Dentro desses problemas, um dos assuntos que foi mais levantado foi a questão da saúde mental. Então, a equipe, a partir destes problemas, planejou algumas ações dentro da saúde mental. Daqui da unidade funciona muito bem, um dos melhores grupos que funciona é o grupo da amizade, que é um grupo em saúde mental (ESF1).

A gente faz a consultoria interprofissionais aqui dentro, o técnico me chama lá na sala, ou eu peço para o enfermeiro se ele poderia dar uma atenção maior pois eu estou com a porta cheia das clínicas (ESF1).

Então a gente escuta um, escuta o outro, depois vê de que forma envolve o agente comunitário. Depois de uma percepção de como está indo, a gente acompanha, aí se o conflito é maior traz isto para reunião da equipe (ESF1).

Essa dinâmica de articulações intraequipe indicou, segundo a ESF1, a participação positiva do NASF enquanto dispositivo para qualificação e potencialidade do envolvimento da equipe para a saúde mental.

É o papel do NASF estar qualificando a escuta do agente comunitário de saúde, do técnico de enfermagem, do enfermeiro e do médico que a saúde mental não seja um trabalho assim só médico, mas que seja um trabalho de toda equipe. Isto o NASF tem tentado trazer, está trazendo e melhorou muito já para nós (ESF1).

As experiências de cuidado de saúde mental observadas nas duas equipes ESFs foram: agenda de saúde mental, discussão de caso nas reuniões de equipe, grupos, VDs, matriciamento e interconsultas com o NASF.

Novamente, observaram-se diferenças entre as duas ESFs. Na ESF2, menos solicitante do NASF, as ações foram mais voltadas às consultas, com agendas fixas com o médico, além das contribuições das ACSs e da enfermagem. Assim, o papel do médico limitou-se às consultas.

A equipe tem várias modalidades para tratar com eles. Por exemplo, muitas vezes, os agentes comunitários solicitam reunir-se com alguns pacientes, pois não é possível se reunir com todos pacientes, mas com alguns deles, se reúnem e fazem algumas atividades (ESF2).

Sim, a gente [ACS] acompanha, a gente vai, de tempo em tempo, na casa para ver e a gente pergunta a medicação, como é que está a medicação, ele pega e explica a medicação, está mais tranquilo e aí tu vê que ele está bem (ESF2).

No entanto, a centralidade e a limitação nas consultas atestaram que é necessário estimular e diversificar as ações nesse campo.

Aqui neste posto, por exemplo, uma tarde da semana é destinada para atender esse tipo de paciente [de saúde mental]. Uma tarde para 10 pacientes. E que é de 15 em 15 dias, é a limitação também, é limitado, aí não dá às vezes para ter mais consulta (ESF2).

Eu [médico], quando tenho que renovar uma receita, notifico o paciente e deixo separado para que a enfermeira faça um agendamento e aí quando

chega o dia, eu tenho consulta, avalio de novo o tratamento, as condições dessa pessoa e faço sugestão de modificar o tratamento ou não (ESF2).

Na ESF1, apareceram como experiências em saúde mental uma diversidade de dispositivos de cuidado, demonstrando uma maior autonomia dos profissionais para a prática de saúde mental. Ressaltou-se também a noção ampliada das percepções conceituais de saúde, pois apareceu a promoção e prevenção de saúde, reconhecendo a área da nutrição, da atividade corporal e das oficinas como práticas de saúde mental.

O grupo de caminhada também, pois a gente sabe que atividade física melhora muito a questão do humor das pessoas e também a questão do ganho excessivo de peso que muitos pacientes se queixam pelo uso de medicamento que começam. Nesse grupo de caminhadas se criou a demanda com a nutricionista de fazer rodas de conversa (ESF1).

Tem a oficina de tapeçaria que eles [grupo da amizade] fizeram. Eles vão fazer uma oficina de jardinagem (ESF1).

No meu entendimento, se a gente pudesse trabalhar mais a questão da atividade física e ocupar mais os espaços externos, praças e outras coisas, também seria uma forma de trabalhar a saúde mental. Tanto de crianças e adolescentes, quanto de adultos e idosos e isso é muito pouco explorado, até por falta de profissionais da educação física, dentro da nossa rede, e uma coisa que poderia ter menos usuários com saúde mental afetada (NASF).

Essas falas indicam a pertinência das reflexões de Ayres (2007) como apoio para análise das ações propostas na ESF1. Esse autor busca superar os modelos médicos tradicionais, entendendo que a saúde está na ordem da transformação, do devir, da reconstrução do sentido das experiências. Assim, saúde se produz com o encontro entre sujeitos que buscam soluções para os processos de adoecimentos através de trocas dialógicas.

Alguns trechos das entrevistas ilustram a ideia de saúde como troca dialógica, como reconstrução de experiências, principalmente com a criação de espaços de grupos, rodas de conversa. A ESF1 potencializa mais intensamente tais espaços para saúde mental, pois consegue ampliar a noção de que não são necessários grupos específicos para saúde mental. Assim, grupos de caminhada, de nutrição, oficina de tapeçaria e jardinagem são espaços potentes de saúde para diferentes usuários.

Aperfeiçoando essa análise, referencia-se a noção de práticas terapêuticas, definidas por Luz (2005). Tais práticas, segundo a autora, introduzem significados e

valores diante do sofrimento e do adoecimento, bem como do processo de tratamento e cura, diferente dos dominantes. A autora afirma que essas práticas vêm sendo procuradas pela população, que as acessa diante não só do adoecimento objetivo, mas de situações de estresse, isolamento e sofrimento psíquico, que provocam situações de vulnerabilidade e de desamparo.

Tal observação permite avançar na reflexão de que o NASF tem influência importante na superação das práticas predominantes de modelos tradicionais de cuidado, pois, na ESF mais solicitante, observou-se a criação de alternativas criativas para saúde mental. Pode-se argumentar também que essas práticas são coerentes e adequadas à própria mudança demográfica que diversifica as necessidades dos usuários.

A gente tem o grupo de saúde mental que funciona toda quarta-feira, às 13h, que é o grupo da amizade, que eles chamam, que é da agente comunitária e do enfermeiro, que é atrelada à renovação de receita, eles têm que vir aqui para renovar a receita. Começou assim e agora tem um pessoal que vem mesmo sem ter que renovar receita, eles vêm, participam do grupo, conversam, fazem oficina, é um grupo bem legal. Tem gente que só sai de casa para vir aqui – contado por eles - idosos que não vão para lugar nenhum, só vêm aqui, renovam as receitas, participam do grupo (ESF1).

O grupo faz atividades fora da unidade, ele [grupo da amizade] não está mais dentro da unidade, ele acontece no meio da comunidade, que é uma associação comunitária. Faz algumas ações que são em praças, como o piquenique, as reuniões e as festas do próprio grupo (ESF1).

Uma vez por mês, todo último encontro do mês, eles [grupo da amizade] fazem umas festinhas, tipo assim, dia dos namorados, faz festinha. Agora vai ter uma festa julina com a dos vovôs, que julho é o mês dos vovôs, e tem bastante idosos, vai ter uma festinha dos vovôs com a festa julina, no final do mês. Vão começar a fazer camisetas agora para vender, tem uma rifa para arrecadar dinheiro, para fazer camisetas, é bem engajado o pessoal (ESF1).

Aqui, como eu te coloquei, a gente oportunizou o grupo da amizade, que é um grupo que iniciou com a gente usando temas de educação e saúde e depois um grupo dinâmico, um grupo que “auto-gera” demandas de escuta, de co-participação das pessoas que então, passou a se fazer oficinas junto para inserção de terapias de melhora, para o paciente sentir mais prazer nas coisas que ele desenvolve e não vir simplesmente porque ele precisa de uma receita e tem que participar do grupo (ESF1).

O NASF apareceu também como suporte e articulador para a realização de ações na comunidade, como, por exemplo, a participação, em conjunto com a ESF, no PSE (Programa Saúde na Escola), desenvolvendo projetos e ações de

prevenção à saúde, sexualidade, violência. Nesse sentido, o tema da violência, ao ser abordado nas ações, consolida-se como intervenção em saúde mental. As violências são, atualmente, o centro das intervenções de sofrimento mental.

A fala abaixo trouxe uma discussão importante sobre a atuação do NASF com ações diretas em parceria com a ESF. Assim, os profissionais do NASF entenderam que sua participação deveria ser transitória para que algumas atividades se estabelecessem na ESF.

Eu encerrei [a Roda de Terapia] no ESF1 por que eles, com o tempo da roda, conseguiram se articular e formar um grupo de saúde mental. Então, eles fazem na quarta-feira, no mesmo horário da terapia, um grupo de saúde mental, que eles mesmos que organizam, com dinâmicas de grupo, com música, enfim. A ideia do NASF é essa, tu trabalhar com os grupos; aí tu te retira e deixa que eles vão tocar os grupos. E aí tu vai para uma outra unidade, para um outro local (NASF).

Dessa maneira, foram consideradas diversas experiências de cuidado de saúde mental entre ESF e NASF. Tais experiências se diferenciam entre as duas ESFs. Na ESF1, mais solicitante do NASF, houve diversidade de ações, com maior integração intraequipe. Também na ESF1, percebeu-se mais apelo pela participação do NASF, o que indicou maior parceria no trabalho e motivou a atuação mais autônoma para alternativas de cuidado.

O NASF mostra-se como dispositivo com potencial de superação da lógica tradicional do cuidado na ordem biomédica, restritiva às medicações e consultas com médicos.

5.2 O APOIO MATRICIAL

A principal tecnologia do NASF é o apoio matricial. Campos e Domitti (2007) definem que essa tecnologia é, ao mesmo tempo, um arranjo organizacional e uma metodologia de gestão do trabalho em saúde. Assim, esse método permite alterar a lógica predominantemente multidisciplinar para uma interdisciplinar. Esses autores consideram diferentemente os conceitos de apoio matricial e equipe de referência. Assim, o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e perfil distinto dos profissionais de referência. Esses são entendidos como a equipe referência, condutora e reponsável pelos casos.

Arce, Sousa e Lima (2011) desenvolvem a ideia de que o apoio matricial é

uma tecnologia estratégica para o fortalecimento e desenvolvimento das habilidades dos profissionais da ESF a realizarem uma análise concreta da demanda de saúde mental, não reduzindo a ESF à definição de diagnósticos e encaminhamentos para outros níveis de atenção.

Cabe lembrar que o apoio matricial não é uma metodologia exclusiva da saúde mental. Para esta pesquisa considerou-se o NASF como apoiador matricial e as ESFs como equipes referência. Observou-se que novamente houve diferenças entre as duas equipes ESFs. A experiência do matriciamento na ESF2 (menos solicitante do NASF) ficou centralizada na figura do médico e da enfermeira:

Quem matricia é o médico, às vezes a enfermeira, se ela estiver, e o NASF. Normalmente é assim, depois a gente fica sabendo por reunião. Porque todo mundo tem que saber da situação, porque dependendo do paciente tem que fazer busca, tem que saber a melhor forma de trabalhar esse paciente (ESF2).

Por exemplo, este posto e esta gerência têm uma modalidade que, como não tem muito psiquiatra, o médico de família tem que solicitar o matriciamento. O matriciamento significa que o médico é quem avalia primeiro o caso, reúne a informação o mais completa possível e aí entra em contato com o psiquiatra, expõe o caso e, por exemplo, agenda para que esse psiquiatra venha na unidade e aí o caso é exposto, discutido (ESF2).

Geralmente quando eles [NASF] vêm, eles colocam a gente, colocam na discussão de caso e eles deixam tarefas para gente ir realizando. Então, a gente vai ver, vai fazer uma visita ou então já deixa uma data agendada para eles virem uma próxima vez, para estar conversando com o próprio paciente, na próxima vez. E eles sempre seguem vindo, perguntando como é que está fazendo, se está resolvendo, se vai precisar de uma conversa com o paciente ou se a equipe vai dar conta do caso, então, eles são bem presentes nesta questão. Eles sempre dão maior apoio mesmo, então o importante é isso, a gente faz a discussão de caso e a estratégia eles dão a tarefa para cada um, pro ACS, pro enfermeiro, pro médico, e a gente tenta fazer essa tarefa da melhor forma possível (ESF2).

O matriciamento na ESF1 (mais solicitante do NASF) parece estar mais integrado com a equipe multiprofissional e a autonomia em tomar iniciativa de compartilhamento pode ser observada em algumas falas:

Temos [os ACS] uma relação direta, tanto a gente, quanto o enfermeiro, quanto o médico, quanto o técnico. A gente faz direto esse encaminhamento, a gente chega, conversa, traz os casos. Esses casos é a gente que traz da rua mesmo, a gente que é a ponta do iceberg, é o agente mesmo que traz. Tem até direto, de eu chegar direto com a psiquiatra e dizer que tem um caso assim, assim e ela diz para pegar a agenda e achar um dia que agenda e ela vem aqui (ESF1).

E os outros casos, a gente matricia com o NASF. A gente discute casos, depende muito do profissional, a gente tem a psiquiatra que primeiro discute o caso e depois ela marca um dia para ver o paciente junto na mesma sala. A gente discute o caso, ela conhece o paciente e aí a gente traça a conduta. E outros pacientes a gente discute o caso, já traça a conduta e a gente vai acompanhando até a primeira consulta com ela (ESF1).

Para a equipe NASF, o apoio matricial mostrou-se como principal experiência de cuidado. Os profissionais reforçaram que não se configuram como um serviço especializado para atendimento e sim como apoio para as discussões dos casos apresentados pelas ESFs.

Na real, o NASF não é um serviço, ele não vai atender, ele vai dar o apoio à equipe, ele vai discutir o caso, vai ver com a rede, vai ver o serviço que a gente dispõe (NASF).

As ações mais indiretas incluem as discussões de caso, incluem as discussões com as equipes, sobre dúvidas a respeito de saúde mental, de sintomatologia, de quadros. O roteiro de apoio matricial que a gente tem é um roteiro para ajudar as equipes a discutirem os casos. Então, como que funciona o roteiro, o porquê dessas perguntas, por que é importante conhecer tais e tais aspectos dentro da história de vida do indivíduo relacionados à saúde mental (NASF).

A maior frequência do acionamento do NASF é da ESF, que abre o sistema de atenção à rede de cuidado em saúde mental.

A demanda em geral, a maior parte das vezes, vem da ESF, algumas vezes mais raras vem por outros serviços da rede. Quando elas vêm através da ESF, a gente sempre, no primeiro momento, enquanto NASF, matricia, a gente faz um acompanhamento inicial, a gente avalia junto com a equipe, atende juntamente com o usuário se for o caso, discute. E a partir do grau de severidade do quadro e do quanto esse quadro necessita um melhor acompanhamento por um serviço especializado, aí a gente pode fazer o encaminhamento junto com a equipe para que o usuário tenha um atendimento especializado. O que não significa que ele não vá seguir sendo monitorado pela equipe e pelo NASF, um pouco mais à distância, não atendimento terapêutico específico (NASF).

Depende da ESF, na grande maioria das vezes, matricia com a equipe inteira, principalmente os casos de álcool e drogas, quem vai buscar estes casos normalmente é o agente. Então a gente acaba discutindo com o agente, com o enfermeiro, com o médico para tentar envolver mais os médicos no caso. Mas na consulta especificamente eu faço mais com o médico e com o enfermeiro, eu intercalo para que os dois atendam também. Mas quando é matriciamento de alguma coisa mais de demanda de saúde mental acaba envolvendo mais a equipe, precisando de visita mais contínua, precisando ir na casa. A gente discute com o agente daquela família, com o médico, com o enfermeiro, e com quem mais souber do caso. A gente tem uma folha que no início a gente se baseava para fazer o matriciamento, e uma das coisas da nossa guia da folha é que todo mundo discuta o caso, que a equipe inteira se aproprie daquele caso (NASF).

Assim, o apoio matricial possibilita um novo arranjo assistencial quando permite que o acompanhamento de casos que exijam atenção específica de um núcleo de saber, distinto da equipe referência, possa ser acionado pela rede básica. Assim, a ESF transforma-se em um espaço para o acompanhamento de saúde mental e não se reduz à lógica de definições de diagnósticos e de distribuição de encaminhamentos para outros serviços.

Além disso, Campos e Domitti (2007) consideram o apoio matricial como instrumento para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados, pois cria a oportunidade que um único especialista integre seu trabalho com várias equipes referências. Dessa maneira, o NASF potencializa a resolutividade e o acesso ao cuidado na ESF, conforme a complexidade da demanda.

Para este estudo, a relação do matriciamento com o conceito de demanda do autor Camargo Jr (2010) foi essencial. Assim, identificou-se que o apoio matricial ilustra o que o autor entendeu como espaços de discussão entre os diferentes atores, que permitem negociações do que se define como demanda para cada dispositivo da rede de cuidado à saúde. Mesmo que as práticas não sejam homogêneas entre as equipes e o NASF e, mesmo entre diferentes profissionais, pode-se argumentar que outros caminhos de cuidado tencionam o que chamávamos na problemática deste estudo de cadeia diagnóstica .

5.3 A INTERCONSULTA

Outra experiência atribuída como cuidado de saúde mental realizada na articulação entre ESF e NASF foram os atendimentos e intervenções conjuntas entre as duas equipes, denominadas como interconsultas. Assim, o usuário é atendido em conjunto entre apoiadores (NASF) e profissionais das equipes de referências (ESFs).

O psiquiatra do NASF foi citado pelas ESFs como principal profissional para integrar as interconsultas em saúde mental.

Então assim as ações diretas para o usuário são as discussões de caso e os atendimentos conjuntos realizados com a equipe. Neste sentido, tem a questão tanto de esclarecimento para equipe, para o usuário, a avaliação de quadro clínico não é uma psicoterapia propriamente dita, mas a gente faz atendimentos, consultas mais prolongadas onde se conversa muito sobre as questões do usuário, sobre a vida, ou o que ele pensa, o que ele planeja, como pode ser feito, revisão de prescrição. Essa parte é feita pelo

atendimento clínico, mas ele é feito junto sempre pelo menos com alguma outra pessoa da equipe. Equipe ESF, na maior parte, participam médicos e também enfermeiros em atendimento direto com os usuários. Discussões de caso, aí é mais frequente os agentes comunitários estarem junto (NASF).

Se a psiquiatra considera que o paciente tem que estar presente, chama o paciente, com antecedência, obviamente (ESF2).

No Caderno de Atenção Básica nº 39 (BRASIL, 2014b) destacou-se como público-alvo do NASF as equipes de referência apoiadas e diretamente os usuários do SUS. Esses últimos apareceram como importante público para as intervenções. Percebeu-se, através da análise dos documentos relacionados ao NASF, que a ideia de atender diretamente o usuário parecia ser a última alternativa, pois o apoio matricial era prioritário para as intervenções, o que se modificou no decorrer do tempo. Apresentou-se, assim, um incentivo à intervenção clínica direta ao usuário, não restringindo à ideia de que a atenção básica trabalhe somente com promoção e prevenção da saúde.

A interconsulta tensiona a participação da ESF no cuidado longitudinal da saúde mental e insere-se na lógica da dimensão técnico-pedagógica, pois permite que o profissional da ESF aprenda com as intervenções realizadas em conjunto com o NASF e que, assim, sinta-se mais preparado para os atendimentos.

Essa experiência também pode servir a vários propósitos: fortalecer o vínculo de confiança do usuário com a equipe da ESF e com os profissionais do NASF; facilitar a comunicação e coleta de dados por parte do apoiador; permitir a pactuação de ações por meio de um mediador externo; possibilitar ao apoiador o contato direto com a realidade do paciente sem a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica. Assim como, as consultas compartilhadas oportunizam momentos de discussão sobre o caso antes e após o atendimento. (BRASIL, 2014b).

5.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) E REDE INTERSETORIAL

A construção de uma rede de cuidados especializadas em saúde mental, assim como a participação de outros setores como a Educação e o Desenvolvimento Social, foram consideradas como experiências de cuidado de saúde mental.

Os especializados a gente tem, CAPSII, o CAPS AD, a equipe especializada no atendimento da infância e adolescência (EESCA), a equipe de saúde mental e matriciamento, que é do adulto a partir de 18 anos, e o plantão de emergência aqui do PACS, que é um setor que tem de emergência em saúde mental. Essa é a rede especializada que se tem aqui (NASF).

Assim, nas duas ESFs, apareceram como alternativa para ampliação e fortalecimento do cuidado as ações intersetoriais, principalmente, nos casos da infância e adolescência:

Assim, quando é de criança, que é o EESCA [Equipe Especializada da Criança e do Adolescente], é diferente do NASF, então vamos até lá fazer a discussão do caso (ESF2).

Precisa uma ligação daí eles agendam um dia e, por exemplo, com o caso do EESCA que é parecido, quase como um NASF só que para criança e adolescente. É feita a ligação e eles agendam um dia; eu tenho que estar presente no caso do EESCA e já eu levo os casos não vai paciente. Só eu com o caso para discutir. E dependendo da popularidade do caso decidem o que fazer com esse paciente. São eles que programam um dia e o paciente vai. Mas aí eu não estou presente, praticamente o EESCA. Este é um caso do EESCA. Com o NASF não é assim, pois o EESCA tem mais profissionais e o NASF só tem uma psiquiatra e um psicólogo. Acho que não conseguem dar cobertura total (ESF2).

Se a gente vai ter que chamar outros atores, às vezes precisa um conselho tutelar, é uma situação de uma criança que está em sofrimento por situações, precisa denunciar, então é tratado em reunião de equipe, sim, esses casos também (ESF1).

Tem pacientes com problemas psiquiátricos, tem conflitos, a gente tem discutido em equipe de que forma cada um vai fazer, nós vamos chamar o SAF que vai estar trabalhando junto, que é a parte que tem o serviço social, com a psicóloga ali, ver com a psiquiatra de que forma a gente vai conduzir o caso, o NASF presente também (ESF1).

Também o setor do Desenvolvimento Social (CRAS, CREAS) foi citado como importante para as ações de saúde mental. A questão da infância e do idoso, e, principalmente, as vulnerabilidades dessas populações exigem articulação da rede intersetorial.

A gente tem um atendimento na área social, tem o SAF que sempre dá um apoio nesse sentido, a gente tem uma psicóloga social, a psicóloga consegue nos ajudar também no atendimento de saúde mental, mas o SAF é mais para atendimento social, não é tanto para o psicológico. Mas é um recurso que a gente tem e a gente acaba utilizando também (ESF1).

A gente faz uma pareceria com o CRAS, com o CREAS, com o Conselho Tutelar, com os SAFs da região, com os CAPS, com a emergência psiquiátrica (NASF).

Ontem mesmo a gente discutiu no CRAS um caso de uma família que não quer aderir ao tratamento (tuberculose) e essa família é igual a uma outra que nós temos na ESF2, que tem desinteresse, que envolve criança. Bom, que estratégia a gente vai ter? Daí tem que ser em rede (NASF).

O NASF apresentou-se como importante articulador e incentivador da rede de cuidado de saúde mental do território, assim como da rede intersetorial (Desenvolvimento Social, Educação). Nas entrevistas com o NASF, a reunião da RAPS foi considerada como estratégia importante para o cuidado de saúde mental e apareceu mais associada a essa equipe. Assim, identifica-se o NASF como mediador das ESFs, para rede de saúde mental.

Além disso, tem as discussões voltadas para a rede psicossocial do território, a organização e o estímulo a essa rede que envolve os serviços especializados do território junto com a gerência (NASF).

Eu acho que uma coisa legal que aconteceu aqui na nossa região foi, eles fizeram uma rede para discutir casos de saúde mental com todos os serviços e isso ajudou não só o NASF, o CAPS, a equipe de saúde mental porque deu uma organizada nos fluxos (NASF).

Dessa maneira, a parceria entre diferentes setores na rede de cuidado de saúde mental reforça a ideia de que o campo da saúde mental é amplo e diversificado. Frente a isso, se faz necessário o fortalecimento com outros setores, visando à integralidade e à prestação continuada do conjunto de ações e serviços que garantam a promoção e a proteção, bem como processos de inclusão social dos usuários que buscam atenção.

Em relação a rede de atenção psicossocial, as ESFs apareceram com pouca participação. Neste caso, o NASF mostrou-se como principal ponto articulador da RAPS para a atenção básica. Tal constatação indica um possível distanciamento das equipes das ESFs nos espaços de rede de saúde mental, demonstrando menor atuação em espaços de comunicação, planejamentos e pactuações da RAPS.

5.5 A EDUCAÇÃO PERMANENTE

O NASF foi considerado como dispositivo para Educação Permanente. Assim, a Educação Permanente tem a intenção de criar um espaço de discussão e reflexão crítica sobre o trabalho, com o objetivo de transformá-lo e criar propostas para organização das ações (ARCE, SOUSA & LIMA, 2011).

A Educação Permanente foi identificada, na pesquisa, como experiência de cuidado de saúde mental ao se perceber que o NASF se propõem articulador para discussão e reflexão junto às equipes ESFs via apoio matricial, em reuniões de equipe, e também sobre os processos de trabalho e suas transformações.

A gente teve o curso em saúde mental, que a psiquiatra ajudou a organizar, junto com o NASF Glória, junto com a rede, foi um curso longo, que teve a participação do EESCA, falando sobre a questão de saúde mental da infância. Teve a questão do CAPSAD que veio trabalhar a questão de álcool e outras drogas, O CAPS II, a própria emergência. São estratégias, tu vai capacitando o trabalhador, fazendo com que ele reflita e tenha um olhar, trabalhe os seus preconceitos (NASF).

A gente tem propostas, por exemplo, de oficinas para os trabalhadores da atenção básica em parceria com os CAPS, com relação à saúde mental, em especial a questão de álcool e outras drogas, a questão do crack está “pegando” muito (NASF).

Então, este NASF, o nosso, ESF2, e o Glória, junto com a gerência do distrito e a área técnica da prefeitura, demos início a um processo de educação permanente em saúde mental. Então teve uma primeira turma e agora vai se reprisar, isso ajuda e sensibilizar as estratégias e as unidades básicas de saúde para o atendimento de saúde mental com um olhar mais cuidadoso para essas questões, ampliando a escuta, entendendo que muitas vezes o atendimento de saúde mental vem por outras formas que não justamente uma queixa, ou um sintoma psíquico ou psiquiátrico. Ao mesmo tempo, estamos tentando instrumentalizar mais as equipes para fazer diagnóstico em situações mais graves (NASF).

Entretanto, a Educação Permanente não foi reconhecida, pelas ESFs, como uma prática inerente ao NASF. Houve pedido de educação continuada do NASF, com cursos pontuais de capacitação em saúde mental para as equipes ESFs.

Eu acho que deveriam ser mais capacitados, porque parece que a demanda está cada vez aumentando em saúde mental e eu acho que eles deviam capacitar isso para que a gente possa estar lidando com maior segurança nesses casos. É isso que eu acho, Ter capacitação é prioridade (ESF2).

O NASF poderia propor, por exemplo, capacitação para o pessoal da área da saúde. Acho que estão fazendo um, mas eu ainda não recebi essa capacitação. O que é bom também, pois aí o médico, o enfermeiro, o agente comunitário tem mais instrumentos para trabalhar com esse tipo de

paciente. Neste momento, nesta unidade, ninguém está recebendo, talvez o enfermeiro. Mas eu ainda não recebi (ESF2).

Olha, a gente teve uma capacitação que foi bastante importante. Ela foi uma turma piloto que a gente teve, trabalhando todos os serviços e todos os aspectos relacionados à saúde mental. Acho que foi um ponto bem interessante, principalmente a doutora que veio dos “Mais Médicos”, de uma outra realidade (ESF1).

Nesse sentido, a ideia de que o NASF seja um suporte técnico-pedagógico, que produz ação e apoio educativo com e para a equipe no dia-a-dia dos encontros, incentivando o processo reflexivo e crítico sobre o trabalho, pareceu não ser entendido, principalmente pela ESF2. Assim, o processo de educação, de troca de saberes e construção de entendimentos sobre saúde mental ocorre através das discussões sobre os casos, no apoio matricial, nas reuniões de equipe. Tal estratégia parece não ser reconhecida e valoriza-se a noção tradicional de capacitações pontuais como processo educativo.

5.6 A CLÍNICA AMPLIADA

Observou-se que o NASF propõe um novo arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde. Dessa maneira, esse dispositivo tenta romper com a ideia tradicional das práticas clínicas, especialistas, ampliando novas práticas do cuidado de saúde, apresentando a perspectiva da clínica ampliada.

Nesse sentido, segue as proposições das políticas públicas e admite-se que a clínica ampliada é uma ferramenta que promove a articulação e integração das diferentes disciplinas, buscando construir sínteses singulares através dos tensionamentos dos limites de cada matriz disciplinar. O objetivo é promover técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e de ação intersetorial (BRASIL, 2009).

O conceito de clínica ampliada foi considerado, nesta pesquisa, como uma definição de experiências de cuidado, pois permitiu uma integração dialógica entre as diferentes especialidades e profissões das equipes ESFs e NASF que potencializam o cuidado. Ou seja, o reconhecimento das complexidades da atenção básica em relação à saúde mental significou o reconhecimento da necessidade de

compartilhamento do cuidado, de problemas e propostas de solução entre os diferentes serviços e profissionais.

Observou-se, nas entrevistas, que o campo da saúde mental foi reconhecido como transversal aos diferentes núcleos de saberes profissionais das equipes, proporcionando uma troca de saberes e de elaboração conjunta de intervenções. Assim, as experiências de cuidado foram pensadas em seu exercício na dimensão da clínica ampliada.

Porque eu acho que a saúde mental atravessa tudo dentro daqui, porque a gente vive numa área de muita vulnerabilidade. E aí acaba aparecendo sempre alguma coisa, tanto que, normalmente, quando eu atendo uma paciente muito crônica ginecológica e discuto com a psiquiatra e ela também já atendeu por que ninguém é eternamente doente, é difícil uma pessoa ter uma patologia ginecológica para sempre. Então, tem alguma coisa por trás e eu acho que para isso o NASF serve muito: para mostrar que eles têm que ter uma escuta ampliada. Que eles precisam abrir o ouvido quando eles escutam uma queixa, porque sempre por trás daquela queixa tem alguma outra coisa que eles precisam dar atenção para não deixar passar, porque daqui a pouco vira uma coisa muito grave (NASF).

Dentro do meu núcleo, que é a nutrição, alguns pacientes são da saúde mental, com dificuldade de manter peso, voltar ao peso ideal, pela ansiedade, pela compulsão. Acho que isto também é uma demanda de saúde mental (NASF).

Eu não tenho tanto contato, assim, problemas mais graves, então, dentro da fisioterapia, a gente vê muito mais. Aí, tu vai questionar e tu vai ver onde esse paciente mora, ele está deprimido por quê? Está deprimido porque perdeu um filho, geralmente, pelo tráfico de drogas, então tem muita coisa por trás da doença. Geralmente as mãezinhas acabam somatizando muitas dores, dentro da área de fisioterapia é o que a gente vê mais (NASF).

Ano retrasado, iniciei uma capacitação em Terapia Comunitária. Acredito que seja algo interessante, até estava comentando com a residente ali. É algo que eu gosto de fazer, de proporcionar um espaço que as pessoas falem, é um caminho. A gente tem feito as salas de espera, mais ou menos, no modelo da Terapia Comunitária, que proporciona que as pessoas falem um pouquinho dos seus cotidianos na sala de espera (NASF).

Ao mesmo tempo, percebeu-se um acionamento frequente dos profissionais do núcleo de saúde mental, como psiquiatra e psicólogo, para acompanhamento de situações já diagnosticadas ou que exijam um conhecimento teórico específico ao tratamento. No entanto, a equipe NASF, mesmo reconhecendo uma “limitação teórica”, mostrou-se em processo de aprendizado para o trabalho com saúde mental.

Olha, sempre vai ter um viés porque eu sou psiquiatra, então dentro da própria equipe eu funciono como uma referência para saúde mental. Na equipe NASF eu sou referência para saúde mental e, nas ESFs, as pessoas já sabem que existe psiquiatra do NASF, então as demandas que vêm, muitas vezes vêm direcionadas para mim, são demandas de transtornos graves (NASF).

No NASF isso vem mudando, não me chamam sempre, mas quando alguém fala em saúde mental, eu sou acionada de alguma forma e aí muitas vezes cabe a mim discutir com os colegas da equipe e dizer: olha, não preciso estar envolvida assim ... Então isso vem de um processo de aprendizado interno da equipe de lidar com assuntos da saúde mental. E para as Estratégias sem dúvida eu sou uma referência quando há transtorno já diagnosticado, aí é bem direto, assim (NASF).

São casos, assim, que a gente tem alguma coisa que pode orientar com relação aos cuidados de forma geral. Mas, em termos de tratamento e matriciamento em saúde mental, eu acredito, quem tem que fazer é quem trabalha com isso. Eu não posso orientar nada, falar de medicação. É mais o sentido de fortalecer o cuidado da família com este paciente (NASF).

Acho que as limitações nossas, dos profissionais que não são da saúde mental, que é o fisioterapeuta, o nutricionista, o assistente social, a ginecologista, é justamente no conhecimento teórico de poder ajudar mais. Eu, a fisioterapeuta e o assistente social, fizemos o curso com a psiquiatra, o curso que foi proposto pela equipe de saúde mental da Secretaria, que a psiquiatra foi uma das organizadoras e capacitou também. A gente já se sente mais à vontade de falar sobre o assunto, mas não apropriado tecnicamente como ela, lógico, ou quanto o psicólogo ou quanto o profissional de saúde mental. Eu acho que isso ajuda bastante e nós também podemos ajudar as equipes em relação a isso. O objetivo era esse, a gente poder identificar mais e diferenciar casos (NASF).

Então acho que é muita coisa para pensar, mas a demanda é tão grande assim, pelo o que eu vejo, que as colegas comentam, tu acaba fazendo um trabalho mais de núcleo, uma coisa bem mais direcionada. Então, a gente acaba não se envolvendo tanto, os outros profissionais do NASF acabam não se envolvendo tanto com os pacientes de saúde mental. Então está muito centrado no núcleo, por causa da demanda, a demanda é muito grande (NASF).

Assim, existem diferenças entre núcleos de saberes de cada disciplina, mas o conceito de campo (CAMPOS, 2000) e clínica ampliada abre espaços para o borrimento destes limites disciplinares, e o campo da saúde mental permite que diferentes disciplinas se interliquem e se apoiem.

Conforme Amarante (2007) a saúde mental é um campo de conhecimento e de atuação na saúde complexo, plural e intersetorial e com transversalidades de saberes. Não pode, então, ser reduzido aos saberes da psiquiatria, da neurologia, da psicologia, da antropologia ou da sociologia, mas precisa ser ampliada aos sujeitos, à sociedade, à cultura. O cuidado com a saúde, considerando dimensões

do território em que o usuário está inserido, suas relações familiares, sociais e de pertença, assim como seu contexto cultural são relevantes para a saúde mental.

No entanto, os saberes e práticas do núcleo também se fazem importantes para o suporte e instrumentalização das equipes ESFs. O que se discutiu foi a não restrição do cuidado ao núcleo, o que desenvolveria uma lógica única da especialidade.

6 ENTRE ESF E NASF – POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES

As potencialidades apontadas pelas equipes ESFs em relação ao cuidado de saúde mental entre ESF e NASF foram o apoio, a participação e a resolutividade do cuidado.

As equipes evidenciaram um suporte de retaguarda, ou seja, sabem que podem contar com o NASF nos casos em que precisam de ajuda, compreendendo que não são todos os casos que solicitam o amparo da equipe NASF. Isso evidencia que as ESFs comprometem-se com o cuidado de saúde mental.

Além do suporte, as ESFs também reconheceram que o NASF potencializa o cuidado na ESF, permitindo uma maior resolutividade, pois garante um amparo para a continuidade e monitoramento do acompanhamento dos casos de saúde mental na ESF. Assim, não é necessário o encaminhamento dos casos para outros serviços, pois seria possível resolvê-los na atenção básica.

Eu acho que veio a ajudar o NASF, certos casos em que eles atuaram, ajudou e ajuda bastante, a gente sabe que tem aquele suporte que está ali. É que nem isto aqui, eu não vou precisar destas duas canetas, mas eu sei que elas estão ali, se eu quiser a preta, a azul, uso. Eles nos aconselham também, ficam um apoio de aconselhamento (ESF2).

Vejo que é mais resolutivo, a gente consegue atender os pacientes mais rápido, de uma forma mais horizontal, do que simplesmente encaminhar o paciente para o profissional e nunca mais a equipe vai ver esse paciente (ESF1).

Mas isso tem ponto positivo também, porque esse paciente é o paciente que a gente consegue monitorar, é o paciente que a gente consegue acompanhar, é o paciente que a gente consegue ter um resultado melhor. A gente tem pacientes que a gente começou acompanhando, matriciamos, conseguimos acompanhar, hoje ele vai cessar o uso da medicação porque ele está bem e conseguiu ser acompanhado durante todo este processo (ESF1).

O NASF identificou como potência na relação com a ESF: trabalhar a autonomia das equipes para o cuidado de saúde mental; qualificar as relações entre a rede de cuidado; diminuir mitos, inseguranças, angústias sobre a saúde mental e inserir outros arranjos assistenciais, que não só o das consultas com especialistas, como, por exemplo, o apoio matricial.

Tem muita potencialidade e eu acho que o principal é tu trabalhar várias questões, por exemplo, de preconceito, de potencializar aquela equipe, de

ver que eles entendam que eles têm condições de alguns casos eles poderem estar dando conta na própria unidade e não só fazendo o encaminhamento, ampliar a escuta deles e articular na rede, se comunicar com os serviços especializados. Parece que, às vezes, é só feito uma referência-contrarreferência e, às vezes, numa palavra ao psiquiatra, à nutricionista, à fono, então a gente está qualificando essa referência-contrarreferência, que possa estar explicando por que ele está encaminhando algo. Refletir aquela referência, bom, será que a gente não pode dar conta aqui? (NASF).

Eu acho que o NASF acabou dando um alívio para as equipes de saúde da família, para tirar um pouco aquela angústia de saúde mental. Porque eu acho que todo mundo tem, não é um medo, mas um pouco de receio de atender. Eu acho que, com o NASF, eles acabaram, como eles têm um acesso total ao NASF, bem livre, eles conseguem discutir mais, conversar mais experiências, dividir um pouco essa angústia. Eu acho que facilitou, diminuiu a demanda de consultas (NASF).

Eu acho que, nesse nosso início de NASF, essa integração nas equipes, conhecer os usuários, conhecer como as equipes trabalham e poder ajudá-las, na medida do possível, eu acho que é uma potencialidade. Realizar ações juntamente com a equipe, com os profissionais ou com o profissional que chamou, pediu ajuda também (NASF).

As duas ESFs referenciaram a importância do NASF para a aproximação das especialidades e a atenção básica. Porém, não apenas como uma forma de encaminhamento facilitado para consultas com especialistas, mas também como compartilhamento e continuidade do cuidado com os usuários de saúde mental na ESF. Demonstrou-se que os profissionais desse NASF possuem uma boa comunicação e parceria com as ESFs, integrando-se com essas equipes nas intervenções, como pode ser observado nas falas:

A princípio é essa, que é um bom contato, a comunicação é boa, o acesso é bom e essa parceria de ter a psiquiatra. Que é muito difícil, uma das coisas muito difíceis de se conseguir pelo SUS é uma psiquiatra. Então ali tem uma psiquiatra que pode ajudar, é um apoio que até ali na nossa frente querendo ajudar, está junto para ajudar com os pacientes. (ESF2).

Olha, tem muito o que acrescentar, essas consultas da doutora vir aqui são um acréscimo. Imagina, a pessoa tem uma consulta com psicólogo dentro de uma ESF. Vem com uma agendinha marcada ali, isso é uma coisa que acrescenta muito. E a gente marca com a psiquiatra, ela acompanha nas casas, ela vai junto comigo, se eu disser que tem um caso grave, um acamado, ela vai, então eu acho que é por aí (ESF1).

Apesar de a educação permanente não ser reconhecida, em alguns momentos, como prática cotidiana e inerente à presença do NASF, como já foi colocado, esse serviço foi citado como uma potência para a educação permanente,

principalmente na ESF1, a mais solicitante do NASF. Esse também foi reconhecido como mediador para se conseguir capacitações.

Melhorar esse nosso olhar em relação à atenção da saúde mental e diminuir um pouco as ansiedades dos profissionais que se viam frente a um paciente em sofrimento sem ter um conhecimento específico para aquilo, uma segurança (ESF1).

Acho que potencializa muito o trabalho da gente porque qualifica o trabalho, melhora também. Por exemplo, se eu estou atendendo um paciente com uma psiquiatra eu estou qualificando meu trabalho, porque eu estou aprendendo (ESF1).

Mesmo considerando que o potencial do NASF corresponde a muitos ganhos no campo da atenção à saúde mental, as ESFs consideraram como limitações do NASF o pouco tempo de permanência na ESF, pouca agenda para as interconsultas e a demora para o matriciamento. Essa consideração foi mais recorrente na ESF2, menos solicitante do NASF.

As limitações? Eu acho que talvez quanto à agenda. Porque eles são uma equipe, mas, às vezes, eles não podem atender a gente num dia, e fato, nem no próximo dia. Por mais que eles tentem agilizar, às vezes ainda assim, a gente queria que fosse alguma coisa mais rápida, porque nós, como seres humanos, queremos resolver tudo na mesma hora. Mas eu acho que essa limitação seja maior em termos de agenda. Eu não vejo uma outra coisa mais, eu acho que uma questão de agenda mesmo. Se tivesse como ser mais rápido seria bom (ESF2).

Bom, graças a Deus, temos NASF, eu acho, para mim, não é o ideal, pois não conseguem dar cobertura como deveria ser. Mas também temos outro problema que não temos como ampliar esse atendimento para todas as pessoas, é complicado, pois a pessoa tem que esperar muito para conseguir uma consulta, um matriciamento com a psiquiatra. Então não é o ideal que eu gostaria, está limitado sim, para mim, sim (ESF2).

São realidades diferentes, uma coisa é tu estar junto, com apoio, outra coisa é tu ter esses pacientes e tu não apoiar no momento que tu precisa realmente. Não adianta tu precisar de um apoio na hora, momentâneo, urgente e tu não ter, tu ter só daqui uma semana ou tu ter que agendar mais (ESF2).

As ESFs e o NASF referiram a falta de especialistas do núcleo de saúde mental como uma limitação. Esta consideração também foi mais frequente na ESF2. Durante as entrevistas, foi recorrente o lamento dos profissionais sobre a perda da psicóloga na equipe NASF, assim como o pouco tempo do psiquiatra. Mesmo entendendo que saúde mental não se faz somente com esses profissionais,

reconheceu-se que o especialista de núcleo é importante para o suporte e a resolutividade dos casos de saúde mental na atenção básica.

O ideal é que o psiquiatra tenha seu caso, leve seu caso, a parte que corresponda. Nesse sentido, acho que a maioria dos médicos de famílias tem esse problema, pois está levando caso que corresponde ao psiquiatra. Mas alguma coisa eu tenho que fazer. Esse paciente não pode ficar assim sem atendimento, mas infelizmente, como falei, falta especialista para dar uma maior cobertura e uma cobertura que seja dignamente ideal (ESF2).

Eu acho que para você fazer um acompanhamento ideal, você deveria assim ter muito mais trabalhadores, maior espaço físico nas unidades, redimensionar a população, avaliar as vulnerabilidades daquele território, porque não é o número de pessoas só que determina, é o quanto essa comunidade é vulnerável e precisa de mais atendimento, usa realmente os recursos do SUS (ESF1).

A gente, por exemplo, está só com uma psiquiatra de 20 horas, pode ser uma limitação. Nós deveríamos ter, por exemplo, uma psicóloga de 40 horas, um psiquiatra de 40 horas que pudesse fazer não só aquela consulta conjunta, que a psiquiatra faz, se pudesse fazer projetos, por exemplo, grupos, auxiliar as unidades trabalhar com grupos, grupos de pais de adolescentes, pessoas, acho que é um limitador (NASF).

Agora, o grande problema é que a gente não tem esse apoio. Tu não tem uma rede adequada para atender, tu não tem profissionais em número adequado para atender. A psiquiatra se vira em mil com vinte horas, precisaria de muitos outros profissionais na nossa equipe. Precisaria voltar o psicólogo, de repente ter mais uma psiquiatra que pudesse trabalhar outras vinte horas. Ter as academias de saúde para trabalhar, grupos terapêuticos. Dar suporte para saúde pública de forma geral (NASF).

Ainda sobre as limitações, identificou-se a falta de recursos para o NASF, com destaque para a falta de transporte, essencial para circulação da equipe nas unidades de ESFs referências. Assim, as limitações de disponibilidade do NASF foram associadas às fragilidades dos recursos oferecidos ao NASF, como por exemplo, a falta de transporte, falta de espaço físico, provisoriedade das contratações e rotatividade dos profissionais. Tais limitações prejudicam o trabalho do NASF e dificultam a proximidade da equipe em atuar mais próxima das unidades de saúde, dos usuários, dificultando o trabalho.

A gente já teve situações, por exemplo, em que a gente não conseguiu atendimento porque não tinha como o profissional do NASF estar na unidade porque não tinha transporte. Por exemplo, não tinha como se deslocar e estar na unidade naquele dia agendado pela falta do transporte. Assim, como a gente vê, eles, a maioria deles, fazem esses atendimentos com os carros próprios. Então eu acho que isso seria uma dificuldade que a gestão deveria repensar. Se é um serviço que é de apoio às unidades e as unidades estão dentro das comunidades e esse é um serviço que serve a

várias unidades, eles deveriam ter instrumentos para que pudessem desenvolver esse trabalho nas comunidades, onde eles são referências (ESF1).

Limitações: nós não temos um carro no NASF também, para poder ajudar mais. Então fica mais limitada a tua saída. No momento em que tu poderia ir em duas, três estratégias em uma manhã, vai numa, porque tu vai ter que pegar um ônibus, ou tu vai ter que ir no teu carro. Nós não temos o dinheiro, não chegou para nós ainda. A gente poderia trabalhar melhor com as equipes, comprar material para ajudar as equipes (NASF).

A gente tem muitas mudanças de Recursos Humanos na rede, parece de contratos trabalhistas, as pessoas estão sempre trocando. A gente trabalha com os ACSs, fluxos, com a equipe e daqui um mês muda tudo, muda o coordenador, porque passou num concurso, muda o médico porque o “Mais Médico” desistiu (NASF).

Outra limitação apresentada principalmente pelos profissionais do NASF foi a falta de serviços para situações que precisam de encaminhamento para um atendimento especializado prolongado, mais sistemático. O CAPS apareceu novamente como um fluxo problemático, ou pela falta de acesso, ou pela desarticulação com a rede.

Paciente que precisasse de um acompanhamento mais sistemático individual não só na interconsulta, na consulta do ESF, mas um acompanhamento especializado e vai ter que esperar até ter a disponibilidade de vaga no serviço especializado ou na equipe de saúde mental, com CAPS, no CAPS AD não, porque é portas abertas, mas até no EESCA (NASF).

Na verdade o que não se tem dentro daquilo que é preconizado no SUS, aquilo que não se tem dentro do território é o CAPS da infância, a gente tem como referência que a gente pode é o Harmonia, mas o encaminhamento é um pouco mais difícil para equipe (NASF).

E a rede de serviço especializado ela não dá conta. Então, a gente vê que tem muitos casos que precisam de um acompanhamento especializado, mas o acesso ainda é complicado (NASF).

Uma das limitações citadas a ser destacada, pois se mostrou singular para as discussões, foi a constatação de algumas especificidades referentes a esse novo dispositivo de cuidado que é o NASF. Assim, por ser um novo arranjo assistencial, há um processo dinâmico de mudanças, de (des) construções, com uma complexidade e diversidade do que se espera desse serviço. Além disso, outros processos precisam acompanhar e se modificar para a efetivação do NASF, como a própria cultura dominante na sociedade que se acostumou ao padrão hegemônico do poder médico, especialista, baseado em consulta clínica. Assim como a própria

organização da gestão que precisa modificar-se para conseguir efetivar recursos e mudar o sistema avaliativo dos resultados de saúde esperados para esse serviço. Os próprios profissionais do NASF referem:

A demanda é muito grande, o trabalho do NASF tem muitas facetas. Muitos objetivos se esperam do NASF, muitas coisas e de formas muito diferentes. Então, às vezes, o NASF tem atribuições muito variadas, muito diversas e é difícil de se manter um foco e de se ter estas bem claras. É uma atividade que envolve muitas variáveis, muitos fatores, uma complexidade muito grande. Então, manter uma organização, ter uma clareza de pensamento, linha de ação, às vezes, se confunde, porque começa com uma determinada proposta e rapidamente aquilo no meio do caminho muda e tem que se submeter. É um processo muito dinâmico, muito circunstancial, a cada momento algo novo se constrói, se desconstrói e precisa ser revisto (NASF).

A limitação é de se ter resultados concretos a curto prazo por onde vem a demanda, é uma expectativa que vem da estrutura dos serviços de saúde que se tenha resultados imediatos. Eu acho que, de todos ESF, gerência a ESF já foi mais... Agora que já estamos trabalhando há dois anos com a ESF, a gente já tem uma boa intimidade, uma boa forma de trabalharmos juntos. Inicialmente havia uma expectativa muito grande de que o NASF chegasse na ESF e resolvesse aquilo que o ESF não conseguia resolver, em geral demandas muito complexas. Isso meio que já se dissolveu e a ESF já tem mais clareza que as coisas precisam de tempo e vai se resolver com o passar das intervenções que são graduais que vão se fazendo. E que, muitas vezes, muitas coisas nem vão se resolver, elas vão se atenuar e a gente vai precisar retomá-las em um outro momento (NASF).

O impacto nos números de saúde e tipo de trabalho que o matriciamento faz é um trabalho para coisas de médio, longo prazo. É muito mais uma intervenção técnico-pedagógica que precisa de tempo para ser refletida, para ser sedimentada, para ser elaborada, do que algo que tu vai fazer hoje e tu ter um incremento no número em atendimentos, resultados ou percentual da meta que já se modificou. Então essa eu vejo como uma dificuldade (NASF).

Assim, a análise das potencialidades e limitações permite discutir sobre o processo de investimentos que vem sendo realizado para que a atenção básica consiga efetivar o cuidado de saúde mental.

Muitas potencialidades foram citadas e demonstraram um investimento das políticas e de formas de pensar o cuidado em saúde no trabalho cotidiano dos profissionais para a efetivação da atenção básica como ponto de atenção à saúde mental. No entanto, as limitações foram associadas principalmente à falta de recursos físicos, financeiros e de profissionais que prejudicam o trabalho.

Portanto, constata-se que as políticas públicas afirmam e implementam novas propostas assistenciais e de cuidado em saúde mental, mas também

precisam dar suporte para que elas se concretizem nas práticas no dia-a-dia dos serviços.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicia-se por afirmar que o NASF é um dispositivo que tensiona a gestão do cuidado de saúde mental na atenção básica, pois garante retaguarda e pressiona a ESF a acolher e acompanhar saúde mental. Ou seja, com a presença do NASF, a saúde mental pode ser instituída e acolhida como demanda da atenção básica, tendo a ESF como porta de entrada.

Partindo das definições de demanda como ferramentas conceituais para análise, pontuaram-se algumas considerações.

Entende-se, portanto, a demanda enquanto articulada com a forma como é produzida e associa-se à ideia de que o NASF apresenta-se como uma oferta especializada que estabelece e produz a legitimidade da demanda de saúde mental para as ESFs.

Destaca-se que o trabalho ESF e NASF acontece sempre pelo “entre”, ou seja, pela articulação destas equipes. A tecnologia do apoio matricial, das interconsultas, do acompanhamento em conjunto, permite enxergar o que o autor Camargo Jr (2010) define como espaço de negociação sóciotécnica.

Sendo assim, observou-se que a demanda de saúde mental está sendo aceita no repertório de intervenções das duas ESFs pesquisadas. Ambas acolhem e acompanham a saúde mental, porém, de maneiras diferentes, o que indicou singularidades das equipes em relação ao cuidado e acionamento do NASF.

Percebeu-se que a ESF que aciona mais intensamente o NASF é a que se ocupa da saúde mental de uma maneira mais autônoma e se reconhece como gestora do cuidado no território. Além disso, apresenta-se como uma equipe multiprofissional que tenta trabalhar de forma mais integrada e não hierarquizada. Outros pontos a ressaltar da ESF que procura frequentemente o NASF é o indicativo de auto-análise da equipe e a construção de alternativas de cuidado para os problemas enfrentados em saúde mental no cotidiano da ESF. Para essa equipe, mostrou-se um entendimento do NASF como apoio técnico-pedagógico, com o reconhecimento das tecnologias do apoio matricial, das interconsultas e da educação permanente. Ademais, essa equipe reconheceu o NASF como dispositivo para gestão do trabalho e da saúde do trabalhador da ESF.

As demandas para o NASF estabelecidas pelas equipes ESFs alinharam-se ao que se determina nas diretrizes técnicas, políticas para o NASF. Assim, situações

mais específicas de saúde mental, que exigem um outro olhar, uma aproximação com especialistas, como os diagnósticos psiquiátricos mais graves, álcool e outras drogas, apareceram como demanda a essas equipes. Essas situações exigem uma outra maneira de olhar para os casos de saúde mental na atenção básica, ampliando para um olhar integral e complexo. Isso reflete no aumento no acolhimento da ESF no sentido de reconhecimento dessa demanda como própria, legítima.

Problematiza-se também o papel do NASF. A ESF pede apoio para os casos ditos mais graves, mais complexos, mas, ao mesmo tempo, identificaram-se recursos da ESF para intervir nestas situações. O vínculo, a proximidade da comunidade e das famílias, a maior possibilidade de acesso aos usuários, mostraram-se potencialidades e importantes estratégias para o cuidado de saúde mental na ESF. A demanda para o NASF, nas situações mais complexas, portanto, parece carregar o pedido implícito de apoio para desafogar o serviço, diminuir a carga de trabalho da equipe, bem como para trabalhar as ansiedades, medos, inseguranças nas intervenções em saúde mental.

Por outro lado, a demanda do NASF de conseguir aproximar as especialidades da ESF, sem precisar de encaminhamentos que se perdem em grandes listas de espera, é considerado como potencial. Além de proporcionar espaço para o exercício da clínica ampliada e educação permanente como novas tecnologias de cuidado na atenção básica, essas alternativas permitem um melhor aproveitamento dos recursos do SUS, assim como maior acessibilidade do usuário e potencialização da resolutividade da ESF.

A articulação com a RAPS e a rede intersetorial aparece nas experiências tanto no NASF quanto na ESF. O NASF, contudo, apresenta-se como ponto articulador para a rede de saúde mental. Os fluxos de saúde mental na atenção básica são mediados pelo NASF, e quando não há essa mediação, o fluxo é para internações e pronto-atendimentos psiquiátricos. Observou-se um distanciamento das ESFs dos serviços substitutivos à internação, como por exemplo, os CAPS. Considera-se um “nó” tal fluxo estabelecido para casos mais graves e acompanhamento singulares.

Há particularidades quanto às limitações do NASF. As ESFs ressaltam a falta de agenda, interconsultas, especialidades, aspectos que podem ser interpretados como dificuldades de reconhecer os outros profissionais do NASF como atores de

saúde mental e identificar, assim, uma possível solução para essa limitação. Tal problema está relacionado, também, a uma visão restrita, especialista de saúde mental. Essa noção foi mais recorrente na ESF que procura menos o NASF, que pareceu ainda não estar articulada a canais de comunicação mais eficientes.

Problematizou-se uma possível contradição sobre o entendimento de que o NASF é um dispositivo estratégico para o cuidado de saúde mental acontecer na ESF. A tendência seria o NASF retirar-se ou diminuir sua presença nas ESFs. Explicando melhor, a retirada e diminuição do NASF na ESF poderia ser uma forma de avaliar que a ESF estaria mais autônoma para ações de saúde mental. Mas não foi essa a constatação que se apresentou na pesquisa. A ESF que procurou mais frequentemente o NASF foi a ESF que mais se ocupa e se organiza com a demanda de saúde mental do seu território. Portanto, quanto mais o NASF é solicitado, mais autônoma e envolvida com as questões de saúde mental a ESF se apresenta.

Assim, as limitações do NASF consideradas pela falta de recursos materiais e de locomoção até as ESFs referenciadas provocam uma dificuldade na atenção à saúde mental e prejudicam o trabalho na atenção básica.

Ainda sobre as limitações, a equipe NASF citou algumas particularidades de sua organização que introduzem uma nova forma de trabalhar, com novas tecnologias de cuidado que rompem com a predominância das consultas especializadas. O trabalho do NASF é reconhecido como dinâmico, novo, com muitas interfaces a serem exploradas e intervenções que precisam de tempo para ser refletidas, elaboradas e entendidas como um processo que não se avalia a partir de incrementos no número de atendimentos, resultados ou percentuais expressos em metas essencialmente objetivas e quantificadas.

A partir do que foi analisado e compreendido, o NASF é estratégico para o cuidado de saúde mental na atenção básica, e tal constatação reforça-se ao perceber um investimento na construção da política que conjuga saúde mental e Saúde da Família.

Para o desenvolvimento desta dissertação, verificou-se uma diversidade de mudanças na política do NASF. Um novo Caderno de Atenção Básica foi publicado como referência, em 2014, e atualizou novas concepções de NASF, mostrando-o de uma forma mais integral e mais articulada ao trabalho coletivo com as ESFs.

Pretendeu-se com esta pesquisa contribuir e acrescentar elementos para compreensão, bem como para integração das ações de saúde mental na atenção

básica, estratégia prioritária do SUS para reorientação do modelo assistencial. Particularizou-se a escolha pelo estudo da relação entre ESF e NASF, pois se verificou que tais dispositivos vêm sendo investidos como política pública para a consolidação do cuidado de saúde mental na rede básica. Esse novo dispositivo, o NASF, mostrou-se potente para o cuidado de saúde mental, reforçando a rede de atenção psicossocial e contribuindo para o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A partir do que foi estudado, algumas questões destacaram-se como importantes para futuras pesquisas, como: retomada mais detalhada da história dos elementos documentais que construíram a política de saúde mental na atenção básica, assim como sua problematização; pesquisa ampliada e observação participante, com análise de documentos institucionais dos serviços, leitura de prontuários e dados do cotidiano e da história dos serviços; pesquisa das experiências alternativas na atenção básica às situações de saúde mental; compreensão de como os usuários avaliam essa relação entre ESF e NASF como estratégia de cuidado, problematização sobre território pesquisado, onde se encontra um grande pronto-atendimento como referência histórica da saúde mental na comunidade, entre outras.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Vânia Sampaio. Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O Cuidado de Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben Araulo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, Luas Melo Biondi et al. Análise da Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Interior de Santa Catarina. **Saúde e Transformação Social**. Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.
- ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de; LIMA, Maria da Glória. A Práxis da Saúde Mental no Âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p. 541-560, 2011.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.01, p. 43-62. 2007.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições: 70. 1979.
- BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Belo Horizonte: Instituto Felix Guatarri. 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 11 de novembro de 2013b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Atenção Básica e Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php>>. Acesso em: 30 de maio 2013a.
- _____. **Cadernos de Atenção Básica nº 27. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2010.
- _____. **Cadernos de Atenção Básica nº 34. Saúde Mental**. Brasília, 2013c.

_____. **Cadernos de Atenção Básica nº 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Brasília, 2014b.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

_____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Humaniza SUS: Clínica ampliada e compartilhada.** Secretaria de Atenção à Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, 2009.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 06 de julho de 2014a.

_____. **Saúde Mental e Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessários. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.** Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03. Brasília, 2003.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Das Necessidades de Saúde à Demanda Socialmente Construída. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben Araulo de (Org.). **A Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência saúde coletiva [online]**, v.05, n.02, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa & GUERRERO, André Vinicius Pires (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Hucitec, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa.; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 02, p. 399-407, fevereiro, 2007.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben Araulo de (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

CHAMMÉ, Sebastião Jorge. Intervenção Sanitária na Saúde e Doença: o avanço das discussões. In: CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico.** São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2000.

DEJOURS, Christophe. Por um Novo Conceito de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 14, n. 54, p. 07-11, abril, maio, junho, 1986.

HERZLICH, Claudine; PIERRET, Janine. **Malades D'ier, Malades D'Aujourd'hui**. Traduzido por LOPES, Marta Júlia Marques. Paris: Payot, 1991.

IMPERATORI, Giceli.; LOPES, Marta Júlia Marques Lopes. Estratégias de Intervenção na Morbidade por Causas Externas: como atuam agentes comunitários de saúde? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.1, p.83-94, 2009.

LANCETTI, Antônio. (Org.). **SaudeLoucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2000.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

LUZ, Madel Therezinha. Novas Práticas em Saúde Coletiva. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza & COIMBRA JR, Carlos Everaldo Alvares (Org.). **Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina [on line]**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Acesso em 12 de agosto de 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, **Desafios do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p.2375-2384, 2007.

ONOCKO CAMPOS, Rosana.; GAMA, Carlos Alberto Pegolo da. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa & GUERRERO, André Vinicius Pires. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

PIRES, Mariana Lorentz; SIMONI, Ana Carolina Rios; VIANNA, Tatiane Reis. **Território e Psicose: contribuições para a reforma psiquiátrica**. Trabalho de Conclusão de Residência em Saúde Mental Coletiva, Escola de Saúde Pública – RS. Porto Alegre, 2009.

ROESE, Adriana et al. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. **Online brazilian journal of nursing. (Online)**, v.5, n.3, 2006.

ROLNICK, Suely. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2006.

ROSA, Barbara Paraiso Garcia Duarte da; WINOGRAD, Monah. **Palavras e Pílulas:**

sobre a medicalização do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 37-44, 2011.

SILVA, Andréa Tenório Correia da et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção básica do município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, 28, p. 2076-2084, novembro, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/ppgcol>>. Acesso em: 20 de setembro de 2013.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. O Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 2012.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA – EQUIPE NASF

1. DADOS GERAIS

Nome _____ Sexo _____

Instituição _____

Profissão _____

Data _____

2. EQUIPE NASF

- 2.1. O que vocês atendem no NASF em termos de saúde mental?
- 2.2. Como vocês definem o que devem e o que não devem atender em saúde mental?
- 2.3. Como se define o que é demanda de saúde mental para o NASF?
- 2.4. Quais são as demandas de saúde mental em uma equipe NASF?
- 2.5. Quais experiências estão sendo desenvolvidas para a atenção à demanda em saúde mental?
- 2.6. Quais estratégias estão sendo propostas para a demanda de saúde mental?
- 2.7. Como se dá a comunicação entre equipe ESF e NASF?
- 2.8. Quais as potencialidades do trabalho do NASF em relação à demanda de saúde mental?
- 2.9. Quais as limitações do trabalho do NASF em relação à demanda de saúde mental?
- 2.10. Qual o significado de atender as demandas de saúde mental na atenção básica?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA – EQUIPE ESF

1. DADOS GERAIS

Nome _____ Sexo _____

Instituição _____

Profissão _____

Data _____

2. EQUIPE ESF

- 2.1. O que vocês atendem na ESF em termos de saúde mental?
- 2.2. Como vocês definem o que devem e o que não devem atender em saúde mental?
- 2.3. Como se define o que é demanda de saúde mental para a ESF?
- 2.4. Quais são as demandas de saúde mental referenciadas para a equipe NASF?
- 2.5. Quais experiências estão sendo desenvolvidas para a demanda em saúde mental na ESF e na equipe NASF?
- 2.6. Quais estratégias estão sendo propostas para a demanda de saúde mental na ESF e na equipe NASF?
- 2.7. Como se dá a comunicação entre equipe ESF e NASF?
- 2.8. Quais as potencialidades do trabalho do NASF em relação à demanda de saúde mental apresentada pela ESF?
- 2.9. Quais as limitações do trabalho do NASF em relação à demanda de saúde mental apresentada pela ESF?
- 2.10. Qual o significado de atender as demandas de saúde mental na atenção básica?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Pesquisa: Entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF e a Estratégia Saúde da Família - ESF: o que se nomeia demanda de saúde mental?

Equipe: Prof^a. Dr^a. Marta Júlia Marques Lopes (Pesquisadora Responsável) – Fone: (51) 3308-5251; Mariana Lorentz Pires – Fone: (51) 99139923 E-mail: marilpires@yahoo.com.br

Instituição de Origem: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Programa de Pós Graduação de Saúde Coletiva (PPGCol) /UFRGS.

Sra (o) Participante:

Com essa pesquisa, pretende-se conhecer e analisar as demandas de saúde mental na articulação entre NASF e ESF; compreender e analisar a criação do NASF como estratégia de política pública; a relação existente entre equipe ESF e NASF, assim como, conhecer e caracterizar a demanda, os usuários e as ações do NASF na perspectiva da gestão do trabalho e cuidado de saúde mental na atenção básica.

Assim, o convidamos para responder algumas perguntas sobre o assunto e solicitamos seu acordo para gravá-las em áudio. O tempo de duração da entrevista será aproximadamente de 30 à 40 minutos, e será realizada preferencialmente no local de trabalho do participante de pesquisa. Salienta-se que, depois de transcritas, as gravações serão destruídas, mantendo-se a guarda do material transcrito por cinco anos, a contar da publicação dos resultados da pesquisa. A autora utilizará o diário de campo para registro da observação participante junto às equipes, descrevendo as interações geradas na pesquisa.

A sua participação é livre e, se mudar de ideia, pode desistir a qualquer momento, mesmo sem ter respondido algumas ou todas as perguntas. Assegura-se que sua privacidade será preservada, portanto não haverá associações nominais com teor das informações que irão compor o relatório de pesquisa e neste somente constarão informações autorizadas por você. Além disso, todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos deste estudo.

A pesquisa tem procedência acadêmica e destina-se à elaboração de uma Dissertação de Mestrado, junto ao Programa de Pós- Graduação de Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes.

Coloca-se à disposição para os esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários, mesmo após a entrevista e garante-se aos participantes o acesso aos resultados obtidos no final do estudo.

Essa pesquisa teve apreciação do Comitê de Ética da UFRGS (CEP/UFRGS) e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP/SMSPA).

Nome do participante: _____

Assinatura do participante _____

Nome da entrevistadora: Mariana Lorentz Pires

Assinatura da Entrevistadora: _____

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes

Assinatura _____ da _____ Pesquisadora

Responsável: _____

Telefone do CEP/UFRGS: (51) 3308-3738

Endereço CEP/UFRGS: Av. Paulo Gama, 110 – Sala 317 – Prédio Anexo 1 da Reitoria- Campus Centro

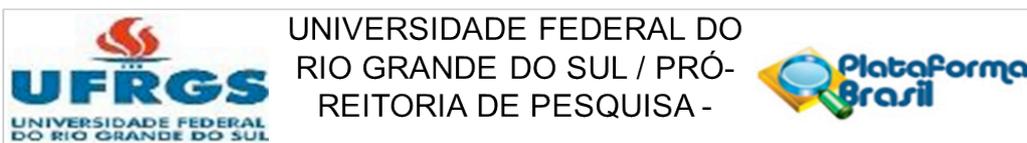
Telefone do CEP/SMSPA: (51) 3289-5517, (51) 3289-2453

Endereço CEP/SMSPA: R. Capitão Montanha, 27- 7º andar, Bairro: Centro Histórico

Data: _____

Local: _____

ANEXO – A – Parecer consubstanciado Comitê de Ética da UFRGS



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENTRE O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF: O QUE SE NOMEIA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL?

Pesquisador: Marta Julia Marques Lopes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 26471114.7.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 675.857

Data do Relatório: 05/06/2014

Apresentação do Projeto:

Apresentação do Projeto:

É um projeto de mestrado do PPG em Saúde Coletiva da Faculdade de Enfermagem da UFRGS. Caracteriza-se por abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa pretende desenvolver questionamentos e análises sobre as demandas de saúde mental na articulação entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF e a Estratégia Saúde da Família- ESF. E a partir daí, compreender a criação desse "novo" dispositivo na política pública de saúde - o NASF, levantando questões sobre seu funcionamento. Apresenta como questão central: o que se nomeia como e quais são as demandas de saúde mental na articulação entre NASF e ESF.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as demandas de saúde mental na articulação entre NASF e ESF da cidade de Porto Alegre.

Objetivo Secundário:

Analisar a relação entre equipe NASF e ESF na área da saúde mental. Conhecer e Compreender a demanda, os usuários e as ações do NASF na perspectiva da gestão do trabalho e cuidado em saúde mental.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 675.857

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa importante, pois contribui para a organização do SUS, particularmente para compreensão do funcionamento dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASFs, relevante dispositivo do sistema de saúde brasileiro.

A pesquisadora reformulou os itens solicitados no parecer anterior:

-Os riscos do estudo foram descritos: "Conforme a Resolução 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolvem riscos em tipos e gradações variadas. Nesta pesquisa, o possível risco pode ser o desconforto dos profissionais ao terem seu trabalho observado. Neste caso, a escuta atenta aos desconfortos será essencial para a concordância com a continuidade da geração de dados"

-A metodologia no formulário da Plataforma Brasil foi detalhada, justificando a escolha dos NASFs selecionados.

-Os cronogramas do projeto detalhado e formulário da plataforma Brasil foram sincronizados, embora a data prevista para o início e término da coleta de dados seja de 01/05 a 30/05/2014.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-Foi incluído na plataforma o termo de ciência e autorização da coordenação (CGAPSES - Secretária Municipal de Saúde) onde será realizada a pesquisa.

-A redação TCLE, conforme solicitado, foi reformulada: constando a referência a observação participante proposta no projeto, o telefone do CEP e espaço para assinatura do pesquisador.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação com a sugestão de reformular nos cronogramas as datas de início e término da coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências que impeçam a aprovação do projeto por este CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 675.857

PORTO ALEGRE, 05 de Junho de 2014

Assinado por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO – B – Parecer consubstanciado Comitê de Ética da SMSPA

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título: ENTRE O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF. O QUE SE NOMEIA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL?

Pesquisadora: Marta Julia Marques Lopes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26471114.7.3001.5338

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 707.683

Data da Relatoria: 24/06/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa pretende desenvolver questionamentos e análises sobre as demandas de saúde mental na articulação entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF e a Estratégia Saúde da Família- ESF. E a partir daí, compreender a criação desse "novo" dispositivo na política pública de saúde - o NASF, levantando questões sobre seu funcionamento. Apresenta como questão central: o que se nomeia como e quais são as demandas de saúde mental na articulação entre NASF e ESF. O trabalho empírico será realizado com a equipe NASF Cruzeiro/Cristal da

cidade de Porto Alegre e com duas equipes ESFs referências deste NASF. Estes

29 serviços localizam-se no território docente-assistencial da UFRGS e Secretaria

Municipal de Saúde. Para esta pesquisa serão utilizados os instrumentos da entrevista

semiestruturada, observação participante, diário de campo e pesquisa documental local. Para análise dos dados foi escolhida a Análise de Conteúdo, e, inserida nesta abordagem, optou-se pelas modalidades de Análise Temática e Análise de Enunciação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar as demandas de saúde mental na articulação entre um NASF e uma ESF da cidade de Porto

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA



Continuação do Parecer: 707 683

Alegre.

Objetivos específicos:

- Analisar a relação entre equipe NASF e ESF na área da saúde mental.
- Conhecer e compreender a demanda, os usuários e as ações do NASF na perspectiva da gestão do trabalho e cuidado em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme a Resolução 466/2012, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. Para esta pesquisa, um possível risco é o desconforto dos profissionais ao terem seu trabalho observado.

Benefícios:

A atenção primária vem sendo construída como campo estratégico no cuidado à saúde, principalmente com a consolidação das ESFs. Neste contexto, pesquisar linhas de ação, políticas, serviços voltados e articulados à ESF torna-se relevante, principalmente no que se direciona à complexidade das demandas e intervenções singulares no campo da saúde. Pretende-se, com este estudo, contribuir e acrescentar elementos na compreensão, bem como, na integração de ações da ESF, estratégia prioritária no SUS para reorientação do modelo assistencial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição: Faculdade de Enfermagem da UFRGS

Nível: projeto de mestrado do PPG em Saúde Coletiva

Aluna: MARIANA LORENTZ PIRES

Local de realização do estudo: Gerência GCC (NASF e 2 ESF)

Número de participantes: 30

Período de coleta de dados: 2 meses

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Deve ser incluído no TCLE a informação de que houve apreciação ética pelo CEP SMSPA, informando o telefone e endereço de contato do CEP.

Recomendamos também inserir no TCLE a descrição da atividade que será realizada com os participantes, informando local e duração prevista.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 707.683

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Deverá ser apresentado ao CEP SMSPA o relatório ou trabalho final ao término do estudo.

PORTO ALEGRE, 03 de Julho de 2014

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

